



# Verantwoording van kwaliteit van zorg: Lust of Last?

**KARINE VAN DER KRAAN**

BEGELEIDER: DR. ANNEMIEK STOOPENDAAL  
MASTER OF HEALTH BUSINESS ADMINISTRATION - ERASMUS  
CENTRUM VOOR ZORGBESTUUR

MEI 2020

## Voorwoord

Vanaf mijn zestiende ben ik al werkzaam in de ouderenzorg, van eerste vakantiebaantje in de thuiszorg, tot oefentherapeut in het verpleeghuis, tot mijn huidige functie als zorgmanager nu. Mijn hart ligt bij de ouderenzorg, die geweldige oude mensen met al hun levenservaring die ons zoveel kunnen leren. En het gaat me aan het hart, hoe wij onze ouderen verzorgen, de kwaliteit van zorg, het moet goed; dat verdienen deze mensen die zoveel bijgedragen hebben aan onze maatschappij en welvaart.

Niet verwonderlijk dus dat bij de keuze voor een thesis onderwerp kwaliteit van zorg voorbij kwam, maar wat dan met kwaliteit van zorg? De afgelopen jaren werkte ik veel samen met zorgbestuurders en voerde ik veel gesprekken met hen over kwaliteit van zorg en de verantwoording van kwaliteit van zorg. Ik zag de dilemma's vaak van dichtbij, hoe houden we zicht op de kwaliteit van zorg, hoe zorgen we dat de administratieve belasting voor zorgmedewerkers minder wordt en hoe verbinden we kwaliteit weer aan het dagelijks werk van zorgmedewerkers, het vindt immers plaats in de interactie tussen cliënt en zorgmedewerker.

Om al die begrippen aan elkaar te koppelen en er een mooi onderzoek van te maken had ik Annemiek nodig, mijn thesisbegeleider. Dank Annemiek, voor je input, je strenge ongefilterde commentaar en je steun in de laatste periode, die zwaar was, door alle 'corona-hectiek'.

Deze thesis is voornamelijk geschreven tussen 5.00 en 7.00 in de ochtend, terwijl iedereen nog lekker op één oor lag thuis. Dat waren mijn momentjes en al waren ze zwaar, ik had ze niet willen missen!

Deze studie was een reis, een ongelooflijk mooie en leerzame reis. Ik wil mijn lieve studiegenootje Bianca bedanken, voor haar luisterend oor, soms troostende schouder, het sparren en lachen samen. Je bent een nieuwe vriendin!

Natuurlijk moet ik ook de bestuurders van Patyna en ZuidOostZorg bedanken voor de prachtige kans die ik van hen heb gekregen en de steun tijdens dit proces! Renate, Anke, Simone; ontzettend bedankt!

Aan de zorgbestuurders die ik mocht interviewen en observeren; bedankt voor het eerlijke inkijkje wat jullie me in jullie werk hebben verschaft, dank voor de openheid!

En dan, onterecht onderaan, mijn lieve Mark, Morris, Milas & Rosa. Lieve schatten, het zit erop, ik had het niet gekund zonder jullie geduld, aanmoediging, zelfstandigheid en geloof in mij. Ik zeg nu; ik ga nooit meer studeren, maar houd me daar maar niet aan.....

## Management Samenvatting

### *Verantwoording van kwaliteit van zorg; van last naar lust?*

*In de kern gaat het erom dat de verantwoording iets op moet leveren voor zowel de professional als voor de cliënt, de twee hoofdrolspelers bij zorglevering en ontvangst van zorg (RV&S 2019).*

Het doel van dit onderzoek was het verkennen van hoe zorgbestuurders in de ouderenzorg in hun dagelijkse praktijk zoeken naar andere, meer zinvolle manieren van omgaan met verantwoording van de kwaliteit van zorg.

In dit kwalitatieve onderzoek is literatuuronderzoek gedaan, een documentenanalyse uitgevoerd, zijn interviews gehouden met zorgbestuurders en observaties verricht om inzicht te krijgen op welke wijze bestuurders in hun dagelijkse praktijk zoeken naar andere, meer zinvolle manieren van omgaan met verantwoording van kwaliteit van zorg.

Uit dit onderzoek blijkt dat het zoeken naar meer zinvolle manieren van verantwoording van zorgbestuurders vraagt dat zij een realistisch beeld van de zorg laten zien aan de externe verantwoordingspartijen. Om op de hoogte te komen van de kwaliteit van zorg maken bestuurders voornamelijk gebruik van gegevens over de objectieve kwaliteit door middel van meetgegevens en deels door gegevens over de subjectieve kwaliteit, door middel van bijvoorbeeld cliënttevredenheidsonderzoeken. Kwaliteitsinformatie over de intersubjectieve dimensie, die bij uitstek gaat over de relatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt wordt door bestuurders in de interviews niet benoemd, terwijl deze informatie juist cruciaal lijkt als kwaliteit van zorg beschouwd wordt als ervaringsbegrip van de cliënt. Door het samenbrengen van informatie over de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg kan de zorgbestuurder zich een compleet, meervoudig beeld vormen over de kwaliteit van zorg. Door zichzelf een compleet en meervoudig beeld te vormen over de kwaliteit van zorg kunnen zorgbestuurders een realistisch beeld laten zien van de zorgpraktijk, waar het goed gaat én waar het nog beter kan. De externe verantwoordingspartijen krijgen een realistisch beeld over de kwaliteit van zorg en de mogelijke verbeterpunten van de zorgorganisatie, waardoor toezicht houden op basis van vertrouwen gemakkelijker wordt.

Zinvol verantwoorden vraagt ook van zorgbestuurders dat zij zorgmedewerkers meer regie geven over hun eigen werk zodat zij meer ruimte krijgen om invulling te geven aan hun eigen opvattingen over wat goede kwaliteit van zorg is. Zorgmedewerkers krijgen zo meer zeggenschap over hoe zij de kwaliteit van zorg willen en kunnen verantwoorden. Op deze manier levert de verantwoording iets op voor de cliënt en de zorgprofessional; namelijk een daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat bestuurders zorgmedewerkers meer willen betrekken bij de aan te leveren verantwoordingsgegevens, maar dat dit in de praktijk nog niet altijd gebeurt, waardoor verantwoording op afstand blijft staan van zorgmedewerkers.

### *Aanbevelingen*

Over de ervaren kwaliteit van de zorgrelatie tussen zorgmedewerker en cliënt wordt weinig geschreven in de literatuur of gezegd in de empirie, terwijl dit juist cruciaal lijkt als kwaliteit beschouwd wordt als ervaringsbegrip van de cliënt. De nadruk ligt op de objectieve en subjectieve dimensie van kwaliteit. Omdat in de ouderenzorg nog weinig onderzoek wordt gedaan naar de kwaliteit van de zorgrelatie (intersubjectieve dimensie) ben ik op zoek gegaan naar andere zorgsectoren waar men dit al wel langer doet. Ik kwam daarbij uit bij de gehandicaptenzorg, hier verzamelt men al langer informatie over deze dimensie van zorg; de intersubjectieve dimensie. Gegevens over de intersubjectieve dimensie van zorg (de zorgrelatie) bieden zowel de instelling als de professional verbeterinformatie. Als essentiële elementen in de relatie cliënt-professional worden

genoemd: vertrouwen, waardering, consistentie, nakomen gemaakte afspraken, ontwikkeling/ontplooiing, respecteren, kennen, elkaar helpen, ruimte voor initiatief, eigen regie/zeggenschap cliënt, verbinding, er zijn voor de ander (VGN 2013).

De volgende stap naar zinvolle verantwoording van kwaliteit van zorg in de ouderenzorg, die bijdraagt aan kwaliteitsverbetering, zou voor zorgbestuurders kunnen zijn het (laten) doen van onderzoek naar de intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg. Het toevoegen van deze dimensie aan de overige kwaliteitsgegevens geeft de zorgbestuurder, maar voornamelijk de zorgmedewerkers, nog meer handvatten om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

## Management Summary

### *Accountability for quality of care; from burden to lust?*

The essence is that accountability must yield something for both the professional and the client, the two main players in care delivery and receipt of care (RV&S 2019).

The aim of this research was to explore how care administrators in elderly care look in their daily practice for other, more meaningful ways of dealing with accountability for the quality of care.

In this qualitative study, a literature search was carried out, a document analysis was carried out, interviews were held with healthcare administrators and observations were made to gain insight into how care administrators in their daily practice look for other, more meaningful ways of dealing with accountability of quality of care.

This study shows that the search for more meaningful ways of accountability requires care administrators to show a realistic picture of care to the external accountability parties. In order to obtain information about the quality of care, directors mainly use data on objective quality by means of measurement data and partly by data on subjective quality, by means of client satisfaction surveys. Quality information about the intersubjective dimension, which is pre-eminently about the relationship between the care worker and the client, is not mentioned by directors in the interviews, while this information appears to be crucial if quality of care is regarded as a concept of experience of the client. By bringing together information about the objective, subjective and intersubjective dimension of the quality of care, the care administrator can form a complete, multiple picture of the quality of care. By providing themselves with a complete and multiple picture of the quality of care, health care administrators can show a realistic picture of care practice, where things are going well and where things can be done even better. The external accountability parties get a realistic picture of the quality of care and the possible improvements of the care organization, which makes supervision based on trust easier.

Meaningful accountability also requires healthcare administrators to give healthcare employees more control over their own work so that they are given more space to out their own views on what constitutes good quality of care.

This gives healthcare employees more say in how they want and can account for the quality of care. In this way, the accountability provides something for the client and the healthcare professional; namely an actual improvement in the quality of care. This study shows that administrators want to involve health care workers more in the accountability data to be provided, but that this is not always done in practice, which means that accountability of health care workers remains at a distance.

## *Recommendations*

Little is written about the perceived quality of the care relationship between the care worker and the client in the literature or said in empiricism, while this seems crucial when quality is regarded as a concept of experience of the client. The emphasis is on the objective and subjective dimension of quality. Because little research is still being done into the quality of the care relationship (intersubjective dimension) in elderly care, I looked for other care sectors where this has been done for some time. I ended up with care for the disabled, where people have been collecting information about this dimension of care for some time; the intersubjective dimension. Information about the intersubjective dimension of care (the care relationship) provides both the institution and the professional with improvement information. Client-professional are mentioned as essential elements in the relationship: trust, appreciation, consistency, compliance with agreements made, development / development, respect, knowing, helping each other, room for initiative, own direction / control client, connection, being there for the other (VGN 2013).

The next step towards meaningful accountability of the quality of care in elderly care, which contributes to quality improvement, could be for care administrators to conduct research into the intersubjective dimension of quality of care. Adding this dimension to the other quality data gives the healthcare manager, but especially the healthcare staff, even more tools to improve the quality of care.

## Inhoudsopgave

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord .....                                                         | 1  |
| Management Samenvatting .....                                           | 2  |
| Management Summary.....                                                 | 4  |
| Hoofdstuk 1: Inleiding .....                                            | 8  |
| <i>Verantwoording van kwaliteit van zorg; van last naar lust?</i> ..... | 8  |
| 1.1.    Introductie .....                                               | 8  |
| 1.2    Probleemstelling.....                                            | 10 |
| 1.3    Doelstelling.....                                                | 10 |
| 1.4    Onderzoeksvragen.....                                            | 10 |
| 1.5 Relevantie.....                                                     | 11 |
| 1.6 Afbakening.....                                                     | 11 |
| 1.7 Leeswijzer .....                                                    | 12 |
| Hoofdstuk 2: Theoretisch kader .....                                    | 13 |
| 2.1 Zorg.....                                                           | 13 |
| 2.2. Het begrip kwaliteit in (ouderen)zorg .....                        | 14 |
| 2.3 Het begrip Verantwoording van kwaliteit van ouderenzorg.....        | 17 |
| 2.4 Zinvol verantwoorden van kwaliteit van ouderenzorg .....            | 19 |
| 2.5 De rol van de zorgbestuurder .....                                  | 20 |
| 2.6 Tussenconclusie literatuuronderzoek .....                           | 21 |
| Hoofdstuk 3: Onderzoeksaanpak .....                                     | 22 |
| 3.1 Onderzoeksmodel .....                                               | 22 |
| 3.2 Opzet en selectie .....                                             | 23 |
| 3.3 Dataverzameling.....                                                | 23 |
| 3.3.1 Literatuuronderzoek.....                                          | 23 |
| 3.3.2 Documentenanalyse.....                                            | 23 |
| 3.3.3 Interviews .....                                                  | 24 |
| 3.3.4 Observaties.....                                                  | 24 |
| Hoofdstuk 4: Resultaten .....                                           | 27 |
| 4.1 Documentenanalyse .....                                             | 27 |
| Conclusie .....                                                         | 28 |
| 4.2 Interviews en observaties.....                                      | 29 |
| Tussenconclusie empirisch onderzoek .....                               | 38 |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Hoofdstuk 5: Discussie .....                             | 40 |
| Hoofdstuk 6: Reflectie, conclusie en aanbevelingen ..... | 41 |
| 6.1 Beantwoording van de deelvragen .....                | 42 |
| 6.2 Beantwoording van de centrale onderzoeksvraag.....   | 44 |
| Hoofdstuk 7: Referentielijst .....                       | 46 |
| BIJLAGE 1: Topiclijst.....                               | 49 |
| BIJLAGE 2: Codeerschema .....                            | 50 |

## Hoofdstuk 1 Inleiding

*Verantwoording van kwaliteit van zorg; van last naar lust?*

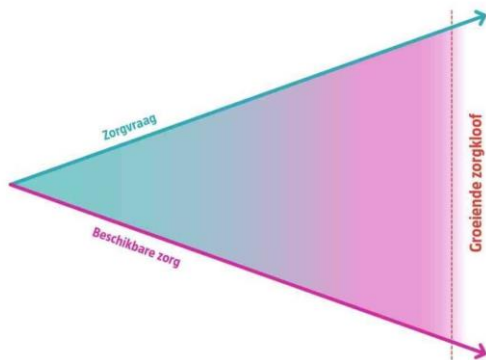
*In de kern gaat het erom dat de verantwoording iets op moet leveren voor zowel de professional als voor de cliënt, de twee hoofdrolspelers bij zorglevering en ontvangst van zorg (RV&S 2019).*

### 1.1. Introductie

De ouderenzorg bevindt zich mede door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking, ouderen die steeds langer thuis wonen en krapte op de arbeidsmarkt in een snel veranderende wereld. Actiz benoemt in 2018 de groeiende 'zorgkloof', een toename van zorgvragers en een afname van beschikbare zorg. Het aantal 65-plussers zal van 3,1 miljoen in 2015 stijgen naar 4,8 miljoen in 2040, het aantal mensen met dementie zal van 154.000 in 2015 stijgen naar 330.000 in 2040 (Actiz 2018).

*Figuur 1 Zorgkloof (Actiz 2018)*

#### Vraagstuk: groeiende zorgkloof



In deze groeiende zorgkloof is kwaliteit van zorg een veelbesproken onderwerp, zo kwamen Hugo Borst en Carin Gaemers in 2016 met hun manifest 'scherp op ouderenzorg' dat de kwaliteit van de zorg voor ouderen breed onder de aandacht bracht, via de media, bij het grote publiek en daarmee geld genereerden voor de ouderenzorg in de vorm van kwaliteitsgelden die bij zouden moeten dragen aan een verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg.

In Nederland is de zorgbestuurder eindverantwoordelijk voor de professionele, relationele en organisatorische kwaliteit en veiligheid van de zorg en de beheersing van de risico's op deze gebieden. De Raad van Toezicht, Ondernemingsraad en Cliëntenraad zijn onderdelen van de interne governance structuur van de zorgorganisatie en zijn medeverantwoordelijk voor de controle op het functioneren van de Raad van Bestuur. Daarnaast is in de Grondwet beschreven dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid (GW Art. 22:1). Dit betekent dat de overheid de plicht heeft zorg te dragen voor zowel de feitelijke en financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg als voor de kwaliteit van de gezondheidszorg (Hermans & Buijsen 2006). Bij de externe controle en het toezicht op de kwaliteit van zorg zijn in Nederland meerdere partijen betrokken, zo houden onder andere Raden van Toezicht, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgkantoren toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg.

Bij het toezicht en de verantwoording werd in het (recente) verleden voornamelijk gebruik gemaakt van kwantitatieve informatie om verantwoording af te leggen. Cijfers kunnen vergeleken worden en stralen eenduidigheid en objectiviteit uit. Tegelijkertijd wijzen anderen erop dat cijfers niet zo eenduidig of objectief zijn als ze op het eerste gezicht lijken (RV&S 2019). Over de complexe

zorgpraktijk kunnen cijfers nooit het volledige verhaal vertellen, zij doen de realiteit van de zorg eerder tekort en kunnen onterechte beelden of conclusies oproepen. Een voorbeeld uit de praktijk: mevrouw Jansen houdt ontzettend veel van wandelen, maar valt ook regelmatig, omdat ze nu eenmaal slecht ter been is. Het aantal valincidenten zal door het wandelen toenemen. Voor zorgmedewerkers, de cliënt en diens familie is dat een bewust genomen risico. Maar als je dat verhaal niet bij de cijfers kunt vertellen, dan zijn het alleen maar heel veel valincidenten (Kuys 2019).

Vanaf januari 2017 is het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg van kracht, het kader is vastgesteld door het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Het kwaliteitskader is een leidraad voor goede en veilige zorg en de basis voor gesprekken over goede en veilige zorg in de eigen zorgorganisatie en met externe partijen. De kern en ondertitel van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is: samen leren en verbeteren. In het kader wordt beschreven dat een momentopname in de vorm van cijfers niet voldoende zegt over de kwaliteit. Kwaliteit ontstaat door terug te kijken of je het goede hebt gedaan en daarvan te leren en verbeteracties in gang te zetten (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018).

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S) betoogt in het rapport Blijk van vertrouwen uit 2019 dat het roer om moet, zij pleiten voor een herontwerp van de praktijk van verantwoorden, toezichthouders en financiers moeten niet op afstand gaan zitten wachten op informatie, maar verantwoorden zien als een proces van samenwerking tussen zorginstellingen en toezicht. Toezicht en verantwoording zou gericht moeten zijn op leren in plaats van op straffen (Gruneir and Mor 2008) dit zou eraan kunnen bijdragen dat regels en toezicht daadwerkelijk bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Ook het externe toezicht zou informatie moeten vragen en genereren dat gebruikt kan worden voor interne kwaliteitsverbetering (Robben, Bal et al. 2012). Dit zou omschreven kunnen worden als zinvol verantwoorden van zorg, zorg zo verantwoorden dat het bijdraagt aan daadwerkelijke kwaliteitsverbetering.

"Zorgverleners zijn leveranciers van verantwoordingsinformatie ten behoeve van externen geworden", stelt Pauline Meurs, voorzitter van de RV&S. "De huidige praktijk van verantwoording afleggen wordt gekenmerkt door een zware, uniformerende registratielast, en bij zorgverleners vooral door een gevoel van nutteloosheid en machteloosheid."

In het advies van de RV&S staat dat de verantwoording iets moet opleveren voor zowel de professional als voor de cliënt, de twee hoofdrolspelers bij zorglevering en ontvangst van zorg. Hoe kan verantwoording van de kwaliteit van zorg zo gebruikt worden dat het bijdraagt aan reflectie, leren en verbeteren en minder ervaren wordt als een last? In de literatuur worden de termen 'generative accountability' of 'vruchtbaar verantwoorden' gebruikt om aan te geven dat verantwoording zo zou moeten worden ingericht dat de verantwoording daadwerkelijk iets oplevert en bijdraagt aan leren en verbeteren (Jerak-Zuiderent 2013; Stoopendaal 2019).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> In mijn thesis vertaal ik deze term in het Nederlands naar 'zinvol verantwoorden'.

## 1.2 Probleemstelling

Om ervoor te zorgen dat verantwoording van kwaliteit van zorg niet slechts een verantwoording is, maar meer gericht wordt op leren en verbeteren vraagt dit iets van de competenties van zorgverleners, bestuurders en toezichthouders. Het vraagt van bestuurders dat zij investeren in een cultuur van leren en verbeteren, ruimte geven om te experimenteren met andere manieren van verantwoorden van de kwaliteit van zorg en durven te vertrouwen op het vakmanschap van de zorgprofessionals. Dat is echter niet altijd eenvoudig in een wereld van verantwoording waarbij externe toezichthouders en financiers zich nog vaak eenzijdig richten op het verkrijgen van verantwoordingsinformatie op basis van kwantitatieve gegevens en extern opgelegde normen. Zorgverleners zijn nog altijd gemiddeld 40% van hun tijd kwijt aan registraties en de informatie die wordt gevraagd en verzameld, mist vaak de context die juist zo belangrijk is om te kunnen zien hoe de kwaliteit van zorg écht is (Ont)regelmonitor 2019).

## 1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkennen van hoe zorgbestuurders in hun dagelijkse praktijk zoeken naar andere, meer zinvolle, manieren van omgaan met verantwoording van de kwaliteit van zorg. Het onderzoek levert tevens een beschouwing van hoe zorgbestuurders in de ouderenzorg in de praktijk omgaan met het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren. Voortvloeiend uit het literatuuronderzoek en de opgehaalde ervaringen uit de praktijk van zorgbestuurders zal ik aanbevelingen doen over op welke wijze zorgbestuurders in de ouderenzorg van positieve invloed kunnen zijn op een zinvolle verantwoording van de kwaliteit van de zorg. De aanbevelingen in mijn thesis zijn gebaseerd op literatuuronderzoek, een documentenanalyse, interviews met zorgbestuurders en observaties van het gedrag zorgbestuurders in situaties die te maken hebben met verantwoording van kwaliteit van zorg.

## 1.4 Onderzoeksvragen

### Centrale onderzoeksvraag

**Op welke wijze kunnen zorgbestuurders in de ouderenzorg van invloed zijn op een zinvolle verantwoording van de kwaliteit van zorg in hun organisatie?**

Deze vraagstelling wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen en met behulp van de volgende onderzoeksmethoden:

- A) Wat is goede kwaliteit van zorg voor ouderen en hoe kunnen zorgbestuurders zich een beeld vormen over de kwaliteit van zorg in hun organisatie?  
*In het theoretisch kader wordt beschreven hoe er in de literatuur naar kwaliteit van ouderenzorg wordt gekeken. Middels empirisch onderzoek wordt onderzocht hoe bestuurders zich een beeld (kunnen) vormen over de kwaliteit van zorg in hun organisatie.*
- B) Wat is de rol van bestuurders bij verantwoording van kwaliteit van zorg?  
*Vanuit het theoretisch kader wordt beschreven hoe er in de literatuur naar de rol van de bestuurder wordt gekeken en doormiddel van diepte-interviews is onderzocht hoe zorgbestuurders zelf kijken naar hun rol bij verantwoording van de kwaliteit van zorg.*
- C) Wat vraagt zinvol verantwoorden van kwaliteit van ouderenzorg van zorgbestuurders?  
*In het theoretisch kader wordt beschreven hoe er in de literatuur naar de verantwoording van kwaliteit van de ouderenzorg wordt gekeken. Middels empirisch wordt onderzocht hoe zorgbestuurders in de praktijk zoeken naar andere manieren van verantwoording en wat dit van hen vraagt.*

## 1.5 Relevantie

### Maatschappelijke relevantie

In onze maatschappij wordt veel verwacht van de ouderenzorg in Nederland, de zorg moet veilig zijn, liefdevol en betaalbaar. De ouderenzorg ligt in de media regelmatig onder een vergrootglas, de maatschappij heeft er een mening over, de zorg is een publiek 'goed'. Daarnaast zijn er externe partijen zoals zorgkantoren, zorgverzekeraars en de inspectie die zicht houden op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Kortom; maatschappelijk gezien is de ouderenzorg een veelbesproken thema. De samenleving heeft hoge verwachtingen van zorgbestuurders en of het nu gaat om financiële problemen waarin zorginstellingen terechtkomen of problemen met de uitvoering van de zorg, zorgbestuurders zijn ervoor verantwoordelijk en worden erop aangesproken (van der Scheer 2013).

### Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek kan bijdragen aan kennis over hoe zorgbestuurders zoeken naar andere, meer zinvolle, manieren om zorg te verantwoorden. In de literatuur en documentatie wordt veel geschreven over hoe ouderenzorgorganisaties de kwaliteit van zorg zouden moeten verbeteren, er wordt echter niet veel geschreven over hoe de verantwoording van de kwaliteit van zorg zou kunnen bijdragen aan een daadwerkelijke kwaliteitsverbetering, wat dit vraagt van zorgbestuurders en hoe zij hier mee omgaan. In dit onderzoek probeer ik tussen de theorie en de ervaren praktijk van de zorgbestuurder verbanden te leggen.

### Relevantie in de praktijk

Over de verantwoording van de kwaliteit van zorg wordt vaak in negatieve sfeer gesproken, in bijvoorbeeld de media, maar ook binnen zorgorganisaties zelf. Dit onderzoek kan eraan bijdragen dat zorgorganisaties en hun bestuurders meer inzicht krijgen in de mogelijkheden die zinvol verantwoorden van de kwaliteit van zorg kunnen bieden. Het kan bestuurders tevens zicht bieden op de expliciete rol die zij kunnen spelen van bij het bevorderen van een zinvolle verantwoording.

## 1.6 Afbakening

Het thema van deze thesis richt zich op zinvol verantwoorden van de kwaliteit van ouderenzorg, dat wat er verantwoord wordt ook daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit van zorg. Ik richt me in de centrale vraagstelling op de rol van zorgbestuurders bij zinvolle verantwoording van kwaliteit van zorg. De belangrijkste begrippen worden in dit onderzoek onderzocht en nader toegelicht. Het gaat om de begrippen: *kwaliteit van zorg, verantwoorden van kwaliteit zorg en zorgbesturing*.

## 1.7 Leeswijzer

In *hoofdstuk 1* wordt het onderwerp van de thesis ingeleid en worden de probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvragen gepresenteerd. Tevens worden de maatschappelijke, wetenschappelijk en praktische relevantie van dit onderzoek beschreven.

In *hoofdstuk 2* wordt het theoretisch kader gepresenteerd waarbij de richtinggevende begrippen oftewel de ‘sensitizing concepts’: *kwaliteit van zorg, verantwoording van kwaliteit van zorg en zorgbesturing* worden uitgelegd aan de hand van verschillende beschrijvingen in de wetenschappelijke literatuur. Dit hoofdstuk eindigt met een tussenconclusie op basis van het literatuuronderzoek.

*Hoofdstuk 3* gaat in op de onderzoeksaanpak, de gebruikte onderzoeksmethoden en het onderzoeksmodel.

In *hoofdstuk 4* worden de resultaten gepresenteerd van de documentenanalyse, de interviews en de observaties en eindigt met een tussenconclusie op basis van het empirische onderzoek.

*Hoofdstuk 5* bevat een discussie die het onderzoek in een breder perspectief plaatst.

In *hoofdstuk 6* worden de beperkingen van het onderzoek besproken en de conclusies gepresenteerd, in dit hoofdstuk worden de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag beantwoord. Tot slot eindigt dit hoofdstuk met aanbevelingen.

## Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader zullen de *kernbegrippen Kwaliteit van zorg, Verantwoording van kwaliteit van zorg en Zorgbesturing*, vanuit de literatuur gezien, verduidelijkt worden. Deze kernbegrippen of 'sensitizing concepts' bakenen tegelijkertijd dit onderzoek af, het onderzoeksgebied beperkt zich tot de theoretische en empirische bevindingen rondom deze begrippen (Baarda 2005).

### 2.1 Zorg

*De cliënt is een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018).*

De meeste mensen krijgen in hun leven te maken met zorg, in de breedste zin van het woord, de ene persoon zorgt voor zijn of haar kinderen, de andere voor zijn/ haar vader of moeder en een ander heeft huisdieren om voor te zorgen. De Amerikaanse politicologe Joan Tronto, bekend vanwege haar politiek-theoretische werk in de zorgethiek, definieert zorg als volgt: 'een typisch menselijke activiteit, die alles insluit wat we doen om onze 'wereld' te handhaven, voort te laten duren en te herstellen, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. De wereld sluit onze lichamen, ons persoon zijn en onze omgeving in. Dat alles proberen we met elkaar te verbinden in een complex, het leven in standhoudend web' (Tronto 1993). Waarbij zij omschrijft dat de eerste fase van zorg gaat over het opmerken van de behoefte aan zorg, een moreel moment. De tweede fase gaat over het zetten van concrete stappen om te starten met zorg. De derde fase wordt aangemerkt als het daadwerkelijk verlenen van de zorg. En de laatste fase gaat over het ontvangen van de zorg als zorgvrager. Fase 1 en 2 worden, zo stelt Stoopendaal op grond van deze theorie, gekenmerkt door het begrip 'zorgen dat', met andere woorden de voorwaarden scheppen om zorg te kunnen verlenen. De derde en vierde fase worden gekenmerkt door het begrip 'zorgen voor' en behelzen het daadwerkelijk verlenen van en ontvangen van zorg (Stoopendaal 2008).

In ouderenzorgorganisaties houden managers, beleidsmakers en bestuurders zich voornamelijk bezig met het 'zorgen dat', met andere woorden het creëren van de voorwaarden om zorg te kunnen leveren. Zorgverleners verlenen de daadwerkelijk benodigde zorg en de cliënt ontvangt de zorg, in het spectrum van 'zorgen voor'. Zorgen dat en zorgen voor kunnen beschouwd worden als bijna twee verschillende werelden, in ieder geval in de beleving ervan. Het maakt nogal een verschil of men de persoon is die de zorg ontvangt, of dat men de persoon is die de zorgorganisatie bestuurt. Wellicht is het dit verschil, of deze afstand die ervoor zorgt dat zorgprofessionals en cliënten het gevoel hebben dat managers en bestuurders zo weinig weten over de dagelijkse realiteit van de zorgverlening.

*Figuur 2: Stoopendaal (2008)*

| Model van zorg (naar Tronto, 1994) |                                    |             |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| Caring about                       | behoefte aan zorg opmerken         | Zorgen dat  |
| Taking care of                     | zorg organiseren, zorgen voor zorg |             |
| Care - giving                      | zorg verlenen, direct zorgdragen   | Zorgen voor |
| Care - receiving                   | zorg ontvangen                     |             |

De definitie van Tronto over zorg is heel persoonlijk, zij omschrijft zorg als een menselijke activiteit die alles omvat wat ons leven in stand houdt. In de definitie van Tronto gaat het echter niet specifiek over het langdurig zorgen voor mensen die in een groep wonen en leven, zoals de huidige intramurale langdurige ouderenzorg is ingericht. De begrippen langdurige zorg en persoonsgerichte zorg zal ik hieronder nader toelichten, vanuit de geraadpleegde literatuur.

### Langdurige zorg

De begrippen care en cure worden in de gezondheidszorg vaak gebruikt. Het begrip cure komt uit de traditionele gezondheidszorg, het 'cureren' oftewel het genezen. Maar in tegenstelling tot de patiënt die genezen kan worden heeft de chronisch zieke, naast medische interventies, behoefte aan andere ondersteuning, die vaak langdurig is. Het gaat dan om het verlichten van in plaats van verhelpen van klachten, waarvoor het begrip care gebruikt wordt (RV&S 2001). Kenmerkend voor de langdurige zorg is dat de zorgprofessionals in zekere mate deelgenoot zijn van het bestaan van hun cliënten. De erkenning van dit 'deelgenoot zijn' is de nieuwe uitdaging (Reinders 2019). In de langdurige zorg lijkt het dus niet alleen te gaan om het genezen of medische interventies. Het gaat om het verlichten van klachten, bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt en het besef dat zorgprofessionals in zekere mate deelgenoot zijn, soms langdurig, in het bestaan van cliënten.

### Persoonsgerichte zorg

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg omschrijft zorg op maat als 'persoonsgerichte zorg' waarbij het uitgangspunt is dat de zorgverlening eraan bijdraagt dat de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk is. De cliënt is een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018). Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een chronische ziekte. De kern van persoonsgerichte zorg is dat zorgverleners iemand niet als patiënt maar als mens benaderen. Bij de behandeling staat niet de ziekte centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met de aandoening omgaat. Persoonsgerichte zorg is zorg op maat, dus op de maat van de patiënt (Kennisplein chronische zorg en Vilans 2012). In een kwalitatief onderzoek, dat onderdeel uitmaakte van het kennisprogramma Waardigheid en Trots, werd onderzoek gedaan naar Persoonsgerichte zorg, Regeldruk en Regelruimte in ouderenzorgorganisaties in de praktijk. Hierin wordt beschreven dat via de relatie tussen de zorgprofessional en de cliënt kan de zorg meer persoonsgericht worden gemaakt (Stoopendaal et al. 2017). Omdat cliënten in de ouderenzorg langdurig een zorgprofessional (moeten) toelaten in hun leven, in een verzorgings- of verpleeghuis, is het belangrijk de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt centraal te stellen, zodat de geboden zorg zo goed mogelijk aansluit bij de persoonlijke wensen en behoeften van de cliënt.

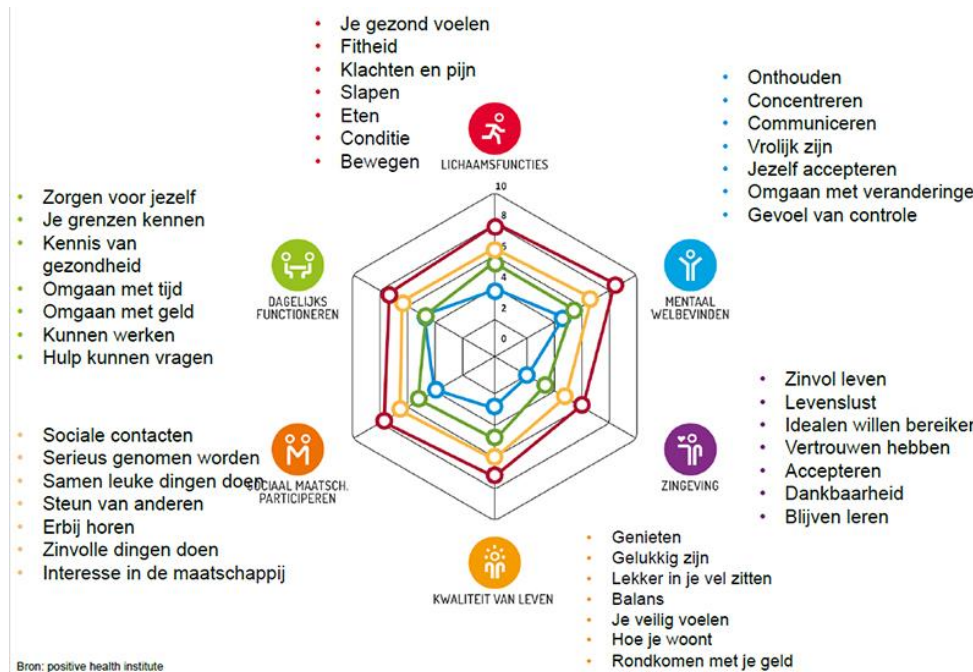
## 2.2. Het begrip kwaliteit in (ouderen)zorg

### Ziekte en gezondheid

Als zorg gaat over het zorgen voor 'zieke' mensen moeten we, om te weten te komen wat een goede kwaliteit van ouderenzorg is, eerst weten wat er onder gezondheid wordt verstaan. In 1948 omschreef de World Health Organisation (WHO) gezondheid als 'een toestand van compleet lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebrek' (WHO 1948). In 2012 ontwikkelde Machteld Huber een nieuwe definitie en zienswijze op gezondheid in Nederland. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Daarmee omschrijft Huber een alternatief voor de definitie van de WHO. In de definitie van gezondheid van Huber gaat het om het vermogen van mensen om zich aan te kunnen passen aan veranderende omstandigheden in hun leven en eigen regie te kunnen voeren, ondanks meerdere uitdagingen. De definitie gaat niet uit van

ziekte, maar van functioneren, kwaliteit van leven en een holistisch mensbeeld. Fysieke, mentale en sociale staat vormen hierin één geheel.

Figuur 3: positive health institute (2012)



### Kwaliteit van zorg

In het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt omschreven dat de cliënt als mens het vertrekpunt is, het is de cliënt die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018). Onderzoek laat zien dat vooral de volgende kenmerken van verpleeghuiszorg een sterk effect hebben op de kwaliteit van leven: vaste teams met betrokken medewerkers, een cultuur van aandacht voor cliënten, hecht samenspel van behandelaren en verzorgenden, gastvrijheid en levendigheid in de woonlocatie, activerende dagbesteding, nabije familieleden, management vanuit zorginhoudelijke visie (Coolen 2019). In de ouderenzorg is een merkbare verandering gaande: in plaats van te denken in termen van gebreken, kwetsbaarheid en behandelmogelijkheden wordt er steeds meer gedacht vanuit het perspectief van de gehele mens. Een paradigmaverschuiving: de omslag van medisch doelgericht handelen naar een focus op de totale oudere mens. De behoefte van de oudere is het uitgangspunt. Hierbij is de balans tussen fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden van belang. Ouderen vinden het belangrijk dat zij hun leven kunnen leiden zoals ze dat gewend zijn, ook in een kwetsbare fase (BeterOud 2019).

### Dimensies van kwaliteit van zorg

Zorg kent meerdere dimensies waarmee naar kwaliteit gekeken kan worden en bijpassende methoden om te onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg daadwerkelijk is in een organisatie. Het onderzoeken van de kwaliteit van zorg vraagt een evenwicht in de te gebruiken gegevens, meervoudigheid vraagt triangulatie, waardoor een compleet beeld ontstaat van de kwaliteit van zorg (Stoopendaal 2019).

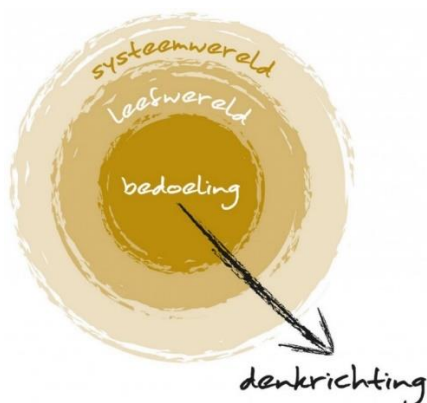
Figuur 4 Dimensies van zorg (gebaseerd op Stoopendaal 2019)

|                           | Kenmerken                                                   | Methoden om te onderzoeken                |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Objectieve dimensie       | De normen waarmee de zorg wordt geleverd                    | Te weten door normeren en meten           |
| Subjectieve dimensie      | De beleving van de geleverde zorg                           | Te weten door het aan de cliënt te vragen |
| Intersubjectieve dimensie | De relatie tussen de cliënt en zorgmedewerker (zorgrelatie) | Te weten door zien en horen (observeren)  |

Waar voorheen in het kijken naar kwaliteit van zorg en de verantwoording ervan de nadruk vaak lag op de objectieve dimensie, is er een kanteling gaande in het toezicht waarbij er meer ruimte is om ook de subjectieve dimensie te belichten door middel van bijvoorbeeld het onderzoeken van cliëntervaringen en deze informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering en -verantwoording. Het begrip kwaliteit van zorg wordt ook wel vervangen door kwaliteit van bestaan dat in de literatuur beschreven wordt als een 'ervaringsbegrip', het gaat er immers om hoe de cliënt de zorg beleeft en of de zorg aansluit op diens behoeften en verwachtingen. De primaire vraag is dus niet of de kwaliteit van zorg goed is gezien vanuit het perspectief van het zorgsysteem. In plaats daarvan komt die andere vraag: welke zin en betekenis ervaren cliënten in de zorg die hen wordt verleend (Reinders 2019). De derde dimensie, de intersubjectieve dimensie, gaat over de relatie tussen de cliënt en de zorgmedewerker en is van belang om te toe te voegen aan de overige dimensies, zeker als kwaliteit gezien wordt als ervaringsbegrip van de cliënt. Om een compleet en meervoudig beeld te kunnen vormen over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg in een organisatie is het onderzoeken van de combinatie van de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van groot belang.

De zorg die aan de cliënt geboden wordt zou, om aan te sluiten bij de leefwereld van de cliënt, uit moeten gaan van de behoeften en wensen van de cliënt. De termen 'leefwereld' en 'systeemwereld' worden beschreven door Hart en Buiting, zij onderscheiden drie cirkels, als het ware drie werelden waarnaar het denken en handelen vaak wordt ingericht binnen zorgorganisaties; de systeemwereld, de wereld van regels, protocollen en prestatie-indicatoren; de leefwereld, de waardecreatie tussen professional en de klant in het hier en nu; en de bedoeling, daar waar het uiteindelijk om te doen is (Hart en Buiting 2012). Er zijn steeds meer zorgorganisaties die zich inrichten volgens 'de bedoeling', waarmee bedoeld wordt dat organisaties de behoeften van de cliënt leidend willen laten zijn, de zorgprofessionals meer ruimte willen geven zich vooral bezig te kunnen houden met het bieden van goede zorg en de registratie- en verantwoordingslast zo laag mogelijk te houden.

Figuur 5 Systeemwereld, leefwereld en de bedoeling (Hart en Buiting 2012)



## 2.3 Het begrip Verantwoording van kwaliteit van ouderenzorg

*‘Verantwoording afleggen langs vaste richtlijnen raakt volgens betrokkenen maar zijdelings aan waar het echt om gaat. ‘Dashboards’, ‘benchmarks’ en afvinklijstjes die voor zichzelf zouden moeten spreken maar dat helaas helemaal niet doen’ (RV&S 2019).*

De kwaliteit van de ouderenzorg wordt verantwoord aan verschillende partijen, voor het toezicht op zorg is een governancestructuur opgezet waarin verschillende soorten toezichthouders erop toezien dat zorgaanbieders zorg leveren waarop de burger kan vertrouwen (Schakel & Stoopendaal 2018).

In de Kwaliteitswet (1996) staat dat zorgorganisaties zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en dat zij deze zelf systematisch moeten monitoren en verbeteren, zij dienen een werkend kwaliteitsmanagement systeem te hebben om de kwaliteit van zorg te bewaken. Bestuurders en toezichthouders in de zorg zijn gezamenlijk eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in hun organisatie.

In het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg staat het meten en monitoren van kwaliteit, om te leren en te verbeteren, centraal. Het meten is niet vrijblijvend, elke verpleeghuisorganisatie moet minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen verzamelen en gebruiken middels erkende kwantitatieve of kwalitatieve instrumenten. Bovendien dienen zorgorganisaties aantoonbaar invulling te geven aan de onderwerpen ‘Persoonsgerichte zorg’ en ‘Wonen en welzijn’ en dit zichtbaar te maken in een kwaliteitsplan en een jaarlijks kwaliteitsverslag (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018). Verpleeghuizen moeten vergelijkbare informatie over de ervaringen en meningen van cliënten transparant maken voor externe verantwoording (voor toezicht, keuze-informatie en inkoop/contractering van zorg). Voor de landelijke vergelijkbaarheid dienen zij minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) te verzamelen en deze informatie aan te leveren bij de Openbare Database (ODB) van Zorginstituut Nederland, en hierover te publiceren in hun jaarlijkse kwaliteitsverslag.

Figuur 6 De acht thema's uit Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018



Het kwaliteitskader legt de nadruk op leren als basis voor kwaliteitsverbetering, waarbij de focus ligt op samen leren; zowel intern met cliënten, naasten en zorgverleners als extern met andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren. Ook met betrekking tot toezicht en verantwoording legt dit kader de nadruk vooral op leren als basis voor kwaliteitsverbetering en minder op verantwoording via gedetailleerde uitkomsten. Leren en verbeteren is echter niet vrijblijvend; continu werken aan betere kwaliteit is de norm, de basisveiligheid moet op orde zijn, hier wordt middels indicatoren op getoetst en gehandhaafd (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018). Veiligheid, deskundigheid, methodisch werken waren lange tijd leidende principes voor goede zorg. Decubitus, valincidenten, medicatie-incidenten en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen werden lange tijd gezien als de belangrijkste uitkomstindicatoren voor de kwaliteit van zorg (Coolen 2019). De laatste jaren is de nadruk verschoven naar de afstemming van zorg op de wensen en behoeften van de individuele cliënt en op de kwaliteit van leven die ermee samenhangt. Een bekend onderscheid in het kijken naar kwaliteit in de langdurige zorg is enerzijds 'kwaliteit van zorg' en anderzijds 'kwaliteit van leven', deze begrippen zijn steeds meer verweven geraakt. In de verantwoording van kwaliteit van zorg is de kanteling naar kwaliteit als verhaal, of ervaringsbegrip langzaamaan steeds vaker waarneembaar. Er wordt nog steeds verantwoording afgelegd over de kwaliteit van zorg middels kwantitatieve gegevens zoals indicatoren, scores en normeringen. Maar er is ook ruimte ontstaan voor een kwalitatieve wijze van verantwoorden zoals middels een jaarlijks kwaliteitsverslag, kwaliteitsplan en meer narratieve methoden om cliëntervaringen te onderzoeken en verantwoorden.

#### *Betrokken partijen bij verantwoording van kwaliteit van zorg*

Ondanks de kanteling in het toezicht, meer gericht op het verhaal achter de cijfers geven zorgprofessionals en zorgbestuurders aan dat zij vinden dat de verantwoordingseisen niet volledig recht doen aan de dagelijks complexe zorgpraktijk. Een mogelijk verschil in zienswijze is te verklaren vanuit het feit dat er bij het toezicht op zorg verschillende partijen zijn betrokken die allen een eigen zienswijze hebben die terugvoert naar de identiteit, de taak, de regels en kaders die binnen de eigen context aan de orde zijn. In onderstaande tabel zijn de verschillende logica's beschreven.

Figuur 7 Logica's vanuit identiteit (LESI 2015)

| Overheid                                               | Zorgorganisaties                               | Zorgprofessionals                                                                                                                                    | Cliënten en families                               | Financiers                                 |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| beter zichtbaar en meetbaar maken van de geboden zorg. | het brede welzijn van hun cliënten en naasten. | ervaring op de werkvloer en het contact met cliënten en baseert zich op persoonsafhankelijke kennis die minder goed beheersbaar en overdraagbaar is. | ervaren baat en de beleving van zorg in brede zin. | relatie tussen rendement en betaalbaarheid |

Deze verschillende logica's staan niet los van elkaar (LESI 2015). De verschillende belangen van de betrokken partijen kunnen echter wel voor een spanningsveld of onbegrip zorgen en het is van belang dat bestuurders in staat zijn de verschillende logica's en spanningen te herkennen, zodat zij in gesprek met de verschillende partijen kunnen zorgen voor verbinding en wederzijds begrip.

Zorgorganisaties hebben last van de verschillende verantwoordingseisen van de verschillende verantwoordingspartijen, die zorgen voor extra registratielast en een gebrek aan overzicht. In een

artikel van Human (2019) zegt Joris Slaets, hoogleraar ouderengeneeskunde 'niemand weet nog wie welke regel waarom bedacht heeft en dat is echt heel verdrietig. Zo is dat in dertig jaar gestapeld' (Slaets 2019). Die stapeling wordt beschreven als 'institutional layering in healthcare governance'. In aanvang, reguleerden zorgprofessionals zelf de kwaliteit van zorg door de inzet van bijvoorbeeld intercollegiale samenwerking, visitaties en professionele beroepsstandaarden. Door de jaren heen werd met het beïnvloeden van de kwaliteit van zorg getracht om meer grip te kunnen krijgen op de kosten van zorg. Vanuit de overheid ontstond meer wet- en regelgeving, om de kwaliteit van zorg te verhogen, dit bereikte niet het gewenste resultaat. De inspectie kreeg een belangrijkere rol toebedeeld bij het toezicht op kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd werd in de Nederlandse zorg de marktwerking geïntroduceerd wat zorgde voor nieuwe regels en een nieuw speelveld. De verschillende lagen zoals professionele standaarden, overheidswet- en regelgeving, marktwerking, regels in zorginstellingen zelf bestaan niet alleen naast elkaar, ze beïnvloeden en versterken elkaar (Bovenkamp, Stoopendaal & Bal 2017).

Buiten de externe verantwoordingslast is er ook sprake van interne 'regeldruk', regels zijn er om onderlinge duidelijkheid te scheppen over hoe om te gaan met bepaalde zaken. Regels worden alleen als problematisch ervaren als nut en noodzaak van een individuele regel niet helder is, maar ook als er teveel regels zijn, ze elkaar tegenspreken of niet duidelijk zijn (Stoopendaal et al. 2017). Veel zorgorganisaties erkennen dat een gedeelte van de gevoelde regeldruk intern veroorzaakt wordt en proberen hier tegen maatregelen te nemen door bijvoorbeeld deel te nemen aan de 'schrapsessies' georganiseerd door Vilans in opdracht van het ministerie van VWS. In deze sessies kunnen zorgteams verkennen waar regels vandaan komen, hoe overbodige regels geschrapt kunnen worden en hoe nieuwe (onnodige) regels voorkomen kunnen worden (Vilans 2018).

Tegelijkertijd blijft men ook zoeken naar manieren van verantwoording die minder belastend zijn en beter aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de zorgprofessional. De Nza is recent gestart met een proef genaamd 'Experiment vernieuwend verantwoorden'. Zorgaanbieders in de langdurige zorg kunnen samen met zorgkantoren experimenteren met het vereenvoudigen van de externe verantwoording (Nza 2019). Bij het experimenteren met andere manieren van verantwoording is vertrouwen tussen zorgorganisaties en verantwoordingspartijen cruciaal, zij hebben elkaar immers nodig om iets te bereiken. Anders gezegd; vertrouwen maakt het ons mogelijk om te gaan met de vrijheid van anderen (Gambetta 2000).

## 2.4 Zinvol verantwoorden van kwaliteit van ouderenzorg

De ervaren kwaliteit van zorg vindt voornamelijk plaats in de interactie tussen de zorgmedewerker en de cliënt, hoe kunnen dan het verzamelen en aanleveren van gegevens als (kwaliteits) jaarverslagen, klantervaringen, gegevens over incident- en calamiteitenmeldingen en indicatoren dan bijdragen aan de verbetering van de zorg? De RV&S, IGJ, Actiz en ZINL geven immers allemaal aan dat verantwoording moet bijdragen aan een proces van leren en verbeteren en leiden tot meer persoonsgerichte zorg. Ondanks de ogenschijnlijk gezamenlijk gedragen visie dat verantwoording moet bijdragen aan leren en verbeteren geven zorgprofessionals en zorgbestuurders nog steeds aan dat de huidige inrichting van verantwoording nog onvoldoende bijdraagt aan kwaliteitsverbetering en niet voldoende aansluit bij de zorgpraktijk. Hoe is dit te verklaren?

Verantwoording is op afstand komen te staan van zorgprofessionals en het accent is komen te liggen op externe verantwoording en controle. De verantwoording levert zorgprofessionals en cliënten op dit moment weinig op, terwijl zij de hoofdrolspelers zijn bij zorglevering en de ontvangst van zorg. Daarnaast wordt beschreven dat verantwoording voortkomend uit en dienend moet zijn aan de praktijk van cliënten en medewerkers en niet andersom (Actiz 2014). De verantwoording zou zo ingericht moeten zijn dat zorgorganisaties en zorgprofessionals zelf richting geven aan wat goede zorg is en hun organisatie en werkwijze hierop af te stemmen. Om dit te kunnen moeten

zorgprofessionals de dialoog aan kunnen gaan over goede zorg, binnen hun zorgorganisaties zowel onderling als met bestuurders en patiënten (RV&S 2019). Verantwoording wordt pas betekenisvol als de nu nog afgescheiden vormen van verantwoorden: formele en relationele verantwoording ('hard' en 'zacht') met elkaar worden verbonden, waarbij zowel aan de complexiteit van de zorg gezien vanuit de cliënt en de professional (zorgdiscours) als aan de vraag om objectieve kwantificeerbare gegevens (economisch discours) voldaan wordt (LESI 2015). In de huidige verantwoordingspraktijk ligt het accent met name op de objectieve (meetbare) en subjectieve (ervaren kwaliteit) dimensie van zorg (zie figuur 4). Onderzoek naar en verantwoording van de intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg ontbreekt. Door het toevoegen van onderzoek naar de intersubjectieve dimensie, de kwaliteit van de zorgrelatie tussen zorgmedewerker en cliënt, ontstaat reflectie, wat leidt tot intrinsiek leren (Stoopendaal 2019).

## 2.5 De rol van de zorgbestuurder

Zorgbestuurders zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg, zij bevinden zich doorgaans op afstand van het primaire zorgproces. Om de afstand tussen zorg in de praktijk en zorgbestuurders te verkleinen stelt het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg als norm dat elke verpleeghuisorganisatie professionele inbreng borgt in het aansturen van de organisatie, door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur en indien dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen. (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018). In 2015 had 42% van de zorgbestuurders een zorgspecifieke opleiding gevolgd als arts, verpleegkundige, psycholoog of anderszins. Een klein deel heeft zowel een zorgspecifieke als een bedrijfskundige of economische opleiding (6%) en met de norm uit het Kwaliteitskader is te verwachten dat steeds meer zorgbestuurders ook daadwerkelijk artsen, verpleegkundigen of andere zorgverleners zullen zijn. Omdat het voor veel zorgbestuurders zo is dat zij zich niet meer daadwerkelijk als zorgverlener in het primair zorgverleningsproces bevinden schrijft het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg o.a. voor dat de leden van de Raad van Bestuur op gezette tijden meelopen binnen het primaire proces van de eigen zorgorganisatie, zodat zij gevoel houden met het primaire proces op de werkvloer (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018).

De bestuurder speelt een belangrijke rol bij het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren, het verminderen van onnodige regeldruk en het aangaan van het gesprek over goede zorg en de dilemma's waar zorgverleners mee te maken hebben. Er lijkt een verschuiving plaats te vinden in de opvattingen over leiderschap, er is steeds meer aandacht voor een morele cultuur- en betrokkenheidsgerichte bestuursstijl. De bestuurder als drager van cultuur en voorbeeld voor gedrag is het beeld dat de laatste jaren naar voren komt. Ook in de in 2017 in werking getreden governancecode zorg wordt veel aandacht besteedt aan waarden en normen die passen bij een maatschappelijke organisatie; betrouwbaarheid, transparantie, rechtvaardigheid, maar zeker ook kostenbewustzijn en doelmatigheid. De zorgbestuurder is verantwoordelijk voor de omgang met deze waarden, kan hierop aangesproken worden en legt er verantwoording over af. De bestuurder bevordert een cultuur waarin dilemma's en fouten open besproken kunnen worden om ervan te kunnen leren (Governancecode zorg 2017).

## 2.6 Tussenconclusie literatuuronderzoek

Er is een kanteling gaande in het denken over kwaliteit van zorg in de ouderenzorg. De ervaren kwaliteit van zorg door de cliënt wordt als een steeds belangrijkere graadmeter gezien. Met name in de langdurige ouderenzorg maken zorgverleners deel uit van het leven van de cliënt en richt de zorg zich niet op genezen van een ziekte, maar op het ondersteunen van het dagelijks leven en zo goed mogelijk aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënt door de zorgverlener.

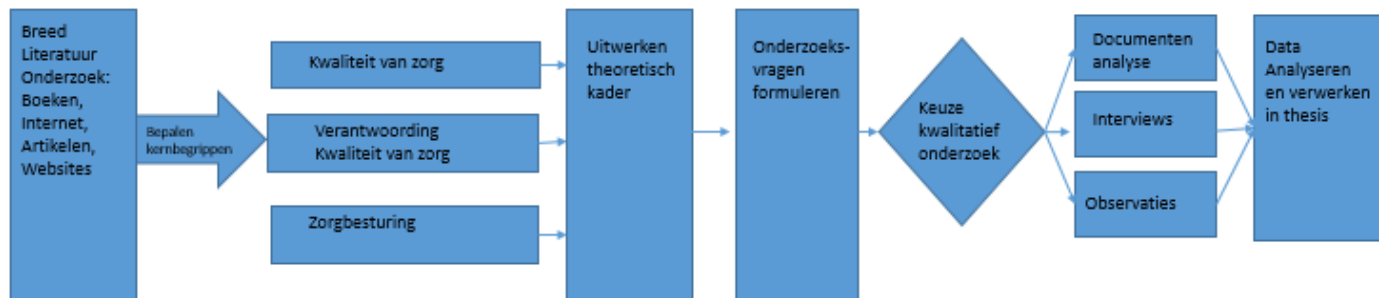
Ook in de verantwoording van kwaliteit van zorg is deze omslag merkbaar, waar voorheen de focus met name lag op meetbare en 'harde' uitkomstindicatoren, worden persoonsgerichte zorg, een goede kwaliteit van bestaan en het inspelen op de wensen en behoeften van cliënten steeds vaker gezien als graadmeters voor goede zorg aan ouderen. In de huidige verantwoordingspraktijk ligt echter het accent met name op de objectieve (meetbare) en deels op de subjectieve (ervaren) dimensie van zorg (zie figuur 4). Onderzoek naar de intersubjectieve dimensie (de zorgrelatie) van kwaliteit van zorg ontbreekt. Door het toevoegen van onderzoek naar de intersubjectieve dimensie, de kwaliteit van de zorgrelatie tussen zorgmedewerker en cliënt, ontstaat reflectie, wat leidt tot intrinsiek leren (Stoopendaal 2019).

Zorgbestuurders, die eindverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg, bevinden zich vaak op een dusdanige afstand van het primair zorgproces dat zij gebruik moeten maken van verschillende bronnen om zich een beeld te kunnen vormen over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg. Het is van belang dat zij zich een realistisch beeld vormen over de kwaliteit van zorg. Door verschillende dimensies van de kwaliteit van zorg te onderzoeken zoals de meetbare kwaliteit, de ervaren kwaliteit door de cliënt en de kwaliteit van de relatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt ontstaat er een meervoudig, compleet beeld van de kwaliteit van zorg.

## Hoofdstuk 3 Onderzoeksaanpak

### 3.1 Onderzoeksmodel

Figuur 8 Onderzoeksmodel



### Onderzoeksstrategie

#### Type onderzoek

Om in dit onderzoek te komen tot een antwoord op de kernvraag is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat dit type onderzoek diepgaand inzicht kan bieden in de dagelijkse werkelijkheid van hoe zorgbestuurders in de ouderenzorg zoeken naar andere manieren om de kwaliteit van zorg te verantwoorden. Tevens ontstaat inzicht in de wijze waarop kwaliteit van ouderenzorg zo verantwoord kan worden dat leren en verbeteren centraal komt te staan en wat dit in de praktijk vraagt van zorgbestuurders in de ouderenzorg.

Er is gekozen voor de methode 'appreciative inquiry' oftewel waarderend onderzoek. Deze methode gaat uit van het principe 'leren van het verleden, ontwikkelen op successen, krachten en gedeelde waarden'. Dat betekent niet dat het onderzoek en de bevindingen niet kritisch zijn, of niet benoemen wat er niet goed gaat; de focus is echter bewust ontwikkelings- en oplossingsgericht (Masselink et al. 2008). Het onderzoek is vooral gericht op succesfactoren, benoemd in bijvoorbeeld de literatuur, maar met name ook door de zorgbestuurders in de gehouden interviews. De vraagstelling is derhalve ook open geformuleerd: op welke wijze kunnen zorgbestuurders bijdragen aan een zinvolle verantwoording van de kwaliteit van zorg?

Het onderzoek werd benaderd vanuit vier methodieken (1) literatuuronderzoek, (2) documentenanalyse (3) interviews met bestuurders uit de ouderenzorg (4) observaties in de dagelijkse praktijk van zorgbestuurders in de ouderenzorg.

Methodische data triangulatie heeft plaatsgevonden door de data uit de documentenanalyse, interviews met bestuurders en observaties in de dagelijkse praktijk van zorgbestuurders aan elkaar te relateren.

Middels literatuuronderzoek heb ik een theoretisch perspectief gevormd, van waaruit het empirische deel van het onderzoek is uitgevoerd. Het empirisch onderzoek bestond uit interviews en observaties waar onderzoek is gedaan naar op welke zorgbestuurders in de ouderenzorg zoeken naar zinvolle manieren van verantwoording.

### 3.2 Opzet en selectie

#### Onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder zorgbestuurders van organisaties die langdurige intramurale ouderenzorg aanbieden, ook wel genoemd de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Er zijn vijf bestuurders van ouderenzorgorganisaties geïnterviewd en er zijn bij twee zorgbestuurders observaties verricht, gezien de korte looptijd van dit onderzoek was het niet haalbaar om te komen tot voldoende interviews en observaties om tot een werkelijk ‘verzadigingsniveau’ te komen.

### 3.3 Dataverzameling

#### 3.3.1 Literatuuronderzoek

Het raadplegen van de benodigde literatuur is middels de volgende methode in praktijk gebracht; verdieping in wetenschappelijke literatuur over kwaliteit van zorg, verantwoording van zorg en zorgbesturing en dan met name de relatie tussen deze begrippen. Google, Google Scholar en de (online) Erasmus universiteitsbibliotheek zijn als bronnen gebruikt om literatuur te zoeken over deze thema's.

*Figuur 9 Schematische weergave zoektermen en databases*

| Databases                                 | Zoektermen                                                                                                                   |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Google                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• “Kwaliteit van zorg ” of “kwaliteit van ouderenzorg”</li></ul> En                    |
| Google Scholar                            |                                                                                                                              |
| Bibliotheek Erasmus universiteit (online) |                                                                                                                              |
|                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• “Verantwoording kwaliteit van zorg” of “toezicht op kwaliteit van zorg”</li></ul> En |
|                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• “Zorgbesturing” of “rol van zorgbestuurder”</li></ul>                                |

In de referentielijst is te zien welke literatuur er is gebruikt voor het onderzoek, alleen de literatuur waar aan is gerefereerd is opgenomen. Deze literatuur is gekozen op basis van de kernbegrippen en/of de relatie tussen de kernbegrippen die daarin is omschreven. In het theoretisch kader wordt verwezen naar wetenschappelijke literatuur en op welke wijze de kernbegrippen hierin terug te vinden zijn. Er is gebruik gemaakt van afwisselend de building-block methode en de sneeuwbal methode. Soms werd er heel gericht gezocht op de zoektermen: kwaliteit van zorg, verantwoording van kwaliteit van zorg en zorgbesturing, maar soms werd de aan gerefereerde literatuur in de wetenschappelijke literatuur gebruikt om meer relevante literatuur te vinden.

#### 3.3.2 Documentenanalyse

Voorafgaand aan de interviews is gestart met het bestuderen van de website van de betreffende zorgorganisatie, het doorlezen van de kwaliteitsplannen van de betreffende organisatie en het uitzoeken van de achtergrond van de respondenten via (social) media. Dit gaf de mogelijkheid om beter door te vragen in de interviews.

De volgende documenten werden geanalyseerd: 5 kwaliteitsplannen uit het jaar 2019/2020 gebaseerd op de normen uit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, opgesteld door de organisaties van de geïnterviewde bestuurders. Bij deze documentenanalyse is hetzelfde codeerschema gehanteerd als bij de codering van de interviews, om zodoende mogelijke overeenkomsten en verschillen tussen de data uit de interviews en de data uit de documentenanalyse te analyseren (zie bijlage 2).

### 3.3.3 Interviews

Er zijn 5 face-tot-face interviews met zorgbestuurders uit de langdurige ouderenzorg afgenomen, de interviews vonden plaats bij de zorginstelling waar de respondent werkzaam was, 1 interview vond telefonisch plaats. De interviews duurden tussen de 60 en de 90 minuten en werden afgenomen in een rustige omgeving, de onderzoeker heeft dit in de uitnodiging voor het interview ook benadrukt, om zo een rustig gesprek te kunnen voeren, met zo min mogelijk verstoringen. Van de interviews werden met toestemming van de geïnterviewde audio-opnamen gemaakt, deze gegevens zijn direct na verwerking gewist.

Ik heb gekozen voor open interviews om de ruimte hebben (en geven) om diepgaand door te kunnen spreken over de wereld die schuilgaat achter kwaliteit van zorg, verantwoording van zorg en zorgbesturing. Ik wilde daarbij niet gehinderd worden door vastgelegde antwoordmogelijkheden. Er is gewerkt met een zeer beknopte topiclijst, die voortgekomen is uit het theoretisch kader. Ik heb ervoor gezorgd dat deze topics werden besproken in het interview, hoe en in welke volgorde was aan de respondent. De topiclijst die gebruikt is werd opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen en de begrippen uit het theoretisch kader.

De interviews startten met een vaste vraagstelling namelijk: “Kun je vertellen wat jij verstaat onder het begrip kwaliteit van zorg?”. Tijdens de interviews is rekening gehouden met een opbouw in de vragen, van wat breder en oppervlakkiger over de eigen achtergrond en organisatie, naar dieper en persoonlijker op het gebied van eigen ervaringen en dilemma’s in de rol van zorgbestuurder bij het zicht houden op de kwaliteit van zorg. Zo bouwde ik eerst aan wederzijds vertrouwen en ontstond er ruimte en veiligheid om ook meer persoonlijke dilemma’s te bespreken en dat is ook gebeurd. Tijdens de interviews werd aan de zorgbestuurder gevraagd om voorbeelden uit de dagelijkse praktijk te beschrijven, om zo dicht bij de praktijk van de zorgbestuurder te komen. In de meeste gevallen werden er gedurende het interview steeds meer persoonlijke ervaringen gedeeld. Mijn rol als interviewer beperkte zich tot doorvragen om dieper tot de persoonlijke beleefwereld van de geïnterviewde door te dringen en om verduidelijking te vragen. Na ieder interview werden de opnames beluisterd en woordelijk getranscribeerd. Alle opnames werden na verwerking gewist. Bestuurders werden met een letter aangeduid om anonimiteit te waarborgen. De woordelijke getranscribeerde interviews zijn vervolgens open, axiaal en selectief gecodeerd, middels de codeboom die voorgekomen is het literatuuronderzoek (zie bijlage 2).

### 3.3.4 Observaties

Bij respondent 5 en respondent 6 (van de geïnterviewden) zijn observaties uitgevoerd. Gezien de beperkte tijd waarin dit onderzoek is uitgevoerd waren twee observaties het hoogst haalbare resultaat. Ik achtte het van groot belang om deze observaties te verrichten om in de praktijk te zien, horen en ervaren hoe zorgbestuurders zich gedragen, om zo ook een vergelijk te maken tussen gedrag en de informatie die gegeven werd tijdens de interviews.

Bij deze observaties ben ik aangesloten aan bij: 1) een overleg tussen een zorgbestuurder, de Raad van Toezicht en twee adviseurs kwaliteit en 2) een gesprek over het kwaliteitsplan tussen een medewerker kwaliteit van een zorgkantoor, een zorgbestuurder en een zorgverkooper.

Ik wilde, in een praktijksituatie, observeren hoe de geïnterviewde zorgbestuurders in de praktijk van alledag omgaan met de verantwoording van kwaliteit van zorg. De observaties vonden plaats in februari 2020. De verslaglegging en analyse vonden plaats in maart 2020. De resultaten werden in april 2020 vastgelegd in de thesis.

De observaties waren ongestructureerd, maar er zijn bewust momenten uitgekozen die gerelateerd waren aan het onderzoeksthema; de rol en gedragingen van de zorgbestuurder bij verantwoording van kwaliteit van zorg. Ik bevond me tijdens deze overleggen in de rol van observator, de aanwezigen wisten dat ik aanwezig zou zijn om te observeren, maar ik nam niet actief deel aan het gesprek. Van deze gesprekken werden geen audio opnames gemaakt gezien de aanwezigheid van andere partijen en de mogelijke gevoeligheid van informatie die gedeeld werd. Bij deze observaties is gekeken naar waar te nemen gedrag en gesproken taal die te maken had met de kernbegrippen kwaliteit van zorg en verantwoording van kwaliteit van zorg. Van deze observaties werd een verslag gemaakt, een beschrijving, analyse en interpretatie; een totaalomschrijving van wat er werd gezien, gehoord en ervaren, delen van dit verslag zijn verwerkt in het resultatenhoofdstuk.

### 3.4 Verantwoording van de analyse

Bij de analyse heb ik het verzamelen van de data afgewisseld met de analyse van de data om zodoende verwachtingen te toetsen aan het verzamelde materiaal en de vraagstelling waar nodig aan te kunnen passen. Gestart werd met open codering, waarbij alle relevante informatie werd gearceerd, fragmenten werden gecodeerd en labels werden toegekend op basis van begrippen uit literatuuronderzoek. Daarna volgde de fase van axiaal coderen waarbij er een vergelijk gemaakt werd tussen fragmenten met dezelfde code op verschillen en overeenkomsten en hoofdthema's aangebracht werden. De volgende stap was het selectief coderen van de data, waarbij het herkennen en ontwikkelen van verbanden tussen de hoofdcategorieën centraal stond. Er is een vergelijk gemaakt tussen de beschreven literatuur, de data uit de documentenanalyse, de interviews en de observaties om zodoende valide conclusies te kunnen trekken en deze te kunnen verifiëren.

### 3.5 Kwaliteit van het onderzoek

Twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit (Boeije 2012). Hieronder wordt uiteengezet hoe de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek zijn gewaarborgd.

#### 3.5.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft betrekking op beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten (Boeije 2012).

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek aan te tonen is in de paragraaf dataverzameling beschreven volgens welke systematische methode het onderzoek is verricht, de topiclijsten zijn zorgvuldig samengesteld uit het literatuuronderzoek en voor de documentenanalyse en de analyse van de data uit de observaties en interviews zijn dezelfde codeerschema's gebruikt (zie bijlage 2).

In dit kwalitatieve onderzoek werden open interviews afgenomen, aan de hand van vastgestelde topics die uitgevraagd werden aan de respondenten. Deze wijze van dataverzameling is mogelijk beïnvloedbaar door de onderzoeker, die neemt immers haar eigen visie, gedachten en wijze van kijken mee tijdens de interviews daarom zijn de interviews opgenomen en vervolgens woordelijk getranscribeerd om zodoende de woordelijke beschrijvingen van de interviews te kunnen gebruiken bij de analyse van de data. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten is beschreven hoe de respondenten zijn geselecteerd, op welke wijze de interviews zijn afgenomen, onder welke omstandigheden en op welke wijze de analyse van de data heeft plaatsgevonden.

### 3.5.2 Validiteit

Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. De validiteit van de onderzoeksstrategie wordt vergroot door de juiste keuze van de onderzoeksopzet en de toegepaste methoden en technieken (Boeije 2012).

De validiteit van het onderzoek is vergroot door datatriangulatie; meerdere kwaliteitsplannen van verschillende zorgorganisaties werden geanalyseerd, er werden observaties uitgevoerd en er werden meerdere respondenten geïnterviewd. Er is, door gebrek aan tijd in dit onderzoek, geen member check uitgevoerd, daarentegen heeft er wel een peer debriefing plaatsgevonden, waarbij een collega (een bestuurder in de ouderenzorg) het onderzoek kritisch geëvalueerd heeft en diens bevindingen zijn verwerkt dit onderzoek.

### 3.5.3 Generaliseerbaarheid

In dit onderzoek is theoriegedragen generalisatie bereikt door het theoretisch kader vooraf op te stellen en door te ontwikkelen op basis van het empirisch onderzoek, de theorie is als het ware gebruikt als voertuig, die de conclusies koppelt aan het bijbehorend geldingsgebied uit het theoretisch kader.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van Thick descriptions (rijke beschrijvingen), deze beschrijvingen geven een uitgebreid beeld van omstandigheden, situaties, mechanismen en andere relevante onderwerpen binnen het onderzoek door middel van veelomvattende en gedetailleerde beschrijvingen (Boeije 2012). Door deze gedetailleerde beschrijvingen kunnen lezers de beschreven situatie vergelijken met hun eigen situatie en dan zelf beoordelen of het te generaliseren is, dit kan ook omschreven worden als hermeneutische generalisatie.

## Hoofdstuk 4 Resultaten

### 4.1 Documentenanalyse

Na het literatuuronderzoek volgde de documentenanalyse waarbij gekozen is voor het analyseren van de kwaliteitsplannen (2019-2020) van de organisaties waar de respondenten werkzaam zijn. Op deze manier kon ik de interviews voorbereiden en kreeg ik meer inzicht in de visie van de zorgbestuurder (en de organisatie) op kwaliteit van zorg. In de kwaliteitsplannen werd gezocht naar de kernbegrippen: kwaliteit van zorg, verantwoording van kwaliteit van zorg en zorgbesturing. Vervolgens zijn de relevante teksten in een codeerschema verwerkt, waarbij eerst open gecodeerd werd op relevante tekst, daarna axiaal gecodeerd op hoofdthema's en hun verbanden en de verkregen data vervolgens selectief gecodeerd werd om zo te komen tot conclusies. De citaten die in dit hoofdstuk worden gebruikt zijn passages uit de geanalyseerde kwaliteitsplannen.

#### Het kwaliteitsplan

In het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg staat dat iedere organisatie zich actief moet bezig houden met leren en verbeteren om zo de kwaliteit van zorg continu te verbeteren. Een belangrijke manier om te laten zien hoe zorgorganisaties aan kwaliteitsverbetering werken is het opstellen van een kwaliteitsplan. Voor veel zorgorganisaties was dat al vanzelfsprekend; maar sinds de komst van het kwaliteitskader is het verplicht. De vorm waarin dat gebeurt is vrij, maar de acht thema's uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg moeten wel aan de orde komen (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018).

#### Kwaliteit van zorg

Uit de geanalyseerde kwaliteitsplannen blijkt dat kwaliteit van zorg bij alle zorgorganisaties wordt gedefinieerd op basis van de ervaren kwaliteit door cliënten en dat in de organisatievisie staat beschreven dat de wensen en behoeften van de cliënt centraal staan bij het verlenen van zorg.

*Bestuurder P: "Kwaliteit is wat onze cliënten vinden en waarderen en vindt elke dag plaats tussen medewerker en cliënt"*

Het bieden van een goede kwaliteit zorg wordt beschreven als de belangrijkste taak van een zorgorganisatie. Om op de hoogte te komen van de kwaliteit van zorg en aan kwaliteitsverbetering te doen worden verschillende informatiebronnen gebruikt.

*Bestuurder R: "Om te weten te komen hoe het met de kwaliteit van zorg gesteld is gebruiken we gegevens uit incidentmeldingen, klachten en calamiteiten, interne audits, externe audits en data uit ons ECD (elektronisch cliëntdossier) over bijvoorbeeld decubitus en valincidenten en de voedingstoestand van cliënten"*

Bestuurders schrijven in hun kwaliteitsplannen dat zij kwaliteit van zorg zien als de ervaren kwaliteit van zorg door de cliënt, uit de beschrijvingen in de kwaliteitsplannen blijkt dat bestuurders met name kwantitatieve gegevens gebruiken om de kwaliteit van zorg te meten en verantwoorden.

#### Verantwoording van kwaliteit van zorg

Het opstellen van een kwaliteitsplan is een verplichting gesteld vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het kwaliteitsplan speelt een belangrijke rol bij inspectiebezoeken en bij gesprekken met het zorgkantoor en geldt als een vorm van externe verantwoording.

In de kwaliteitsplannen wordt door de bestuurder van de zorgorganisatie beschreven wat er het komende jaar gedaan gaat worden aan verbetering van de kwaliteit van zorg, gerubriceerd volgens de acht thema's van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg (zie figuur 5). Er wordt beschreven met

welke methoden er gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering en soms worden ook instrumenten benoemd die gebruikt kunnen worden voor externe verantwoording, zoals bijvoorbeeld: methoden om cliënttevredenheid, indicatoren en incidenten te meten.

Bestuurder R: *“Voor de langdurige zorg is een cliëntervaringsonderzoek ontwikkeld dat in samenspraak met de cliëntenraad is ontwikkeld”*

Zorgorganisaties beschrijven in hun kwaliteitsplannen kwaliteit van zorg vaak als ‘de ervaren kwaliteit door cliënt’ en alle zorgorganisaties gebruiken een (jaarlijks) cliënttevredenheidsonderzoek om te onderzoeken hoe cliënten de kwaliteit van zorg ervaren. Om de kwaliteit van zorg te verantwoorden wordt gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen: de gemeten kwaliteit van zorg (indicatoren) en de ervaren kwaliteit van zorg door de cliënt (cliënttevredenheidsonderzoek), het kwaliteitsplan en de evaluatie daarvan worden gebruikt voor de externe verantwoording.

### Zorgbesturing

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg schrijft voor dat bestuurders verbinding moeten houden met de zorg en dat zij onder andere regelmatig moeten meelopen in het primair zorgproces. In de kwaliteitsplannen wordt beschreven dat bestuurders dit op regelmatige basis doen.

Bestuurder P: *“Wij lopen minimaal eens per maand mee met zorgmedewerkers, om zo te weten te komen wat zorgmedewerkers bezighoudt en binding te houden met de zorg”*

Naast het meelopen in de zorg staat in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat de zorgorganisaties de professionele inbreng in het aansturen van de organisatie moet borgen door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Er staat ook dat de leiderschapsstijl en het gedrag van de bestuurder ondersteunend moeten zijn aan het kwaliteitskader en dat zij zich moeten houden aan de Zorgbrede Governance code en dat de Raad van Toezicht hier actief en aantoonbaar op toeziet. Om voldoende inbreng van professionals te waarborgen wordt moet de oprichting van een Verpleegkundige AdviesRaad (VAR) of Professionale AdviesRaad (PAR) door de bestuurder gestimuleerd worden (Kwaliteitskader 2018).

### Conclusie

Kwaliteit van zorg wordt in ieder geanalyseerd kwaliteitsplan primair beschreven als ‘ervaringsbegrip’ van de cliënt en er wordt beschreven dat kwaliteit van zorg met name plaatsvindt in de interactie tussen de zorgmedewerker en de cliënt. Daarnaast wordt in de kwaliteitsplannen uitgelegd op welke wijze kwaliteit van zorg gemeten wordt en welke methoden en informatiebronnen hiervoor gebruikt worden. In de verantwoording naar zorgkantoren en de inspectie wordt met name gebruik gemaakt van de ‘meetbare’ kwaliteitsgegevens zoals: indicatoren, gegevens over cliënttevredenheid en informatie over incidenten. Het kwaliteitsplan en de evaluatie daarvan vormen een belangrijk onderdeel in de verantwoordingsgesprekken met de inspectie en zorgkantoren.

Zorgbestuurders gebruiken verschillende informatiebronnen om zich op de hoogte stellen van de kwaliteit van zorg in hun organisatie. In het Kwaliteitskader staan meerdere eisen waaraan zorgbesturing moet voldoen, dit gaat over de leiderschapsstijl van de bestuurder, het meelopen in de dagelijkse zorgpraktijk door de bestuurder, de rol van de Raad van Toezicht bij kwaliteit van zorg en het borgen van professionele inbreng door onder andere het oprichten van een VAR of PAR. In de geanalyseerde kwaliteitsplannen wordt over leiderschap en governance beschreven dat zorgbestuurders regelmatig meelopen in het primaire zorgproces om zodoende binding te houden met de zorg.

## 4.2 Interviews en observaties

In dit kwalitatieve onderzoek zijn vijf interviews gehouden met zorgbestuurders uit de ouderenzorg en vervolgens zijn er twee observaties verricht om zodoende een compleet beeld te vormen over hoe zorgbestuurders in de praktijk zoeken naar nieuwe, zinvolle manieren van verantwoording van de kwaliteit van zorg. De resultaten van de gehouden interviews en observaties worden gecombineerd in dit hoofdstuk om een zo compleet mogelijk beeld te geven van wat er gehoord, gezien en ervaren is in dit empirische onderzoek.

### Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg wordt door bestuurders gezien als iets heel persoonlijks, iets wat de cliënt ervaart en zo goed mogelijk afgestemd moet worden op diens wensen en behoeften.

Respondent R: *"Daar gaat het echt over, zorg die je je meest dierbare gunt, om het zo te zeggen"*

Dit betekent echter niet dat alle wensen en behoeften altijd vervuld kunnen worden door de zorgverleners en soms kunnen er tegenstellingen zijn tussen wat de cliënt ervaart of wil en wat professioneel gezien wenselijk zou zijn.

Respondent Z: *"De opvatting van professionals over kwaliteit van zorg, hoeft niet de opvatting van de cliënt te zijn over zijn kwaliteit van leven"*

Bestuurders geven aan dat kwaliteit de ervaren kwaliteit van zorg door de cliënt is, maar dat er ook een professionele beroepsstandaard is voor goede en veilige kwaliteit van zorg en dat er tussen die beroepsstandaard, de opvatting van zorgmedewerkers over goede en veilige zorg en de wensen van de cliënt soms tegenstellingen kunnen bestaan.

Respondent Z: *"En dan hou je altijd nog een stukje over van wat een cliënt niet kan beoordelen. Omdat het iets is van professionals. Dat is net als dat ik niet kan controleren bij een zwembad of alle watertesten wel goed zijn gedaan...dat is iets voor het zwembad"*

Dat leidt soms tot dilemma's, die niet altijd zichtbaar zijn voor zorgbestuurders, waarbij er gezocht moet worden naar compromissen tussen goede en veilige zorg en de wens van de cliënt en wat hij/zij ervaart als een goede kwaliteit van leven.

*Observatie 1: in een vergadering met de Raad van Bestuur, enkele leden van de Raad van Toezicht, een kwaliteitsmedewerker en een verpleegkundige komt het volgende dilemma ter tafel:*

*Cliënt X is een man van 83 jaar oud, die wilsbekwaam is. Deze man wil alleen maar zittend in een stoel slapen en deed dit in zijn thuissituatie ook al jaren. Dhr. ontwikkelt door het zitten in de stoel een forse decubituswond. De zorgmedewerkers proberen meerdere malen dhr. ervan te overtuigen dat hij beter in bed kan slapen, maar dhr. weigert dit pertinent. Er wordt een arts en een psycholoog ingeschakeld, omdat de wond steeds ernstiger wordt. Zorgmedewerkers verschillen van mening over hoe om te gaan met deze complexe situatie. De ene medewerker wil dhr. in bed forceren, de ander vindt dat de heer recht heeft op zijn eigen regie, ook als dit betekent dat dit ernstige gevolgen heeft. De verpleegkundige heeft indringende gesprekken met dhr. om hem de ernst van zijn situatie te laten inzien. Verpleegkundige: "ik heb hem verteld dat hij zou gaan overlijden aan zijn wonden, als hij niet in bed zou gaan slapen" en "ik maakte soms huilend het verband open, zo erg was het".*

*Dhr. bleef in de stoel slapen, begreep de consequenties van zijn keuze, werd liefdevol verzorgd en overleed uiteindelijk ten gevolge van zijn ernstige decubituswonden. In de vergadering is iedereen aangedaan, er wordt nog lang nagepraat en de aanwezige beamen dat dit een 'duivels' dilemma is geweest waarin geen goed of fout bestaat.*

Tijdens deze observatie werd duidelijk, door het verhaal van de verpleegkundige uit de dagelijkse zorgpraktijk, dat tussen wat goede zorg is en wat de cliënt zelf wil grote tegenstellingen kunnen bestaan, met soms ingrijpende gevolgen. Ook werd duidelijk dat deze dilemma's niet altijd zichtbaar zijn voor zorgbestuurders en dat zij, om op de hoogte te komen van deze situaties, in nauwe verbinding moeten staan met zorgmedewerkers, waarbij er een vertrouwensband moet zijn tussen zorgbestuurder en medewerker om over deze precare situaties te praten met elkaar.

*Observatie 2: bij een kwaliteitsgesprek tussen zorgbestuurder, kwaliteitsmedewerker zorgkantoor en kwaliteitsmedewerker van organisatie van de aanwezige zorgbestuurder.*

*Medewerker zorgkantoor vraagt aan zorgbestuurder hoe zij omgaan met het voorkomen van decubitus. Zorgbestuurder vertelt over het recent geïmplementeerde elektronisch cliëntendossier waarmee decubitus kan worden geregistreerd door zorgmedewerkers. Daarnaast vertelt ze dat decubitus weinig voorkomt en dat met name cliënten die terug komen van een tijdelijke ziekenhuisopname decubitus ontwikkeld blijken te hebben. Bestuurder vertelt vervolgens over de acties die ingezet worden tussen ziekenhuis en zorginstelling om dit te voorkomen.*

Tijdens bovenstaande observatie was het opvallend dat het verhaal uit observatie 1, dat plaatsvond bij de zorgorganisatie van de bestuurder die het gesprek aanging in observatie 2, niet benoemd werd tijdens het gesprek met de kwaliteitsmedewerker van het zorgkantoor. Het dilemma uit observatie 1 kwam, volgens de verpleegkundige die het vertelde in verschillende vormen vaker voor, toch werd het niet benoemd in het kwaliteitsgesprek bij het onderwerp decubitus. Tijdens observatie 2 werden weinig dilemma's of moeilijke situaties besproken, er werd met name gesproken over nieuwe (digitale) systemen, projecten en plannen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Bestuurders definiëren tijdens de interviews goede kwaliteit van zorg als een ervaring van de cliënt en dat de zorg afgestemd moet worden op de wensen en behoeften van de cliënt.

*Respondent Z: "Allereerst denk ik: een groot deel bepaalt de cliënt. Wat hij of zij ervaart als kwaliteit van zorg"*

Het is voor zorgbestuurders en toezichthouders van belang om verhalen te horen over de dagelijkse zorg om zich een realistisch beeld te vormen over de dilemma's waar zorgmedewerkers, soms dagelijks, mee te maken hebben. Ook in de verantwoording naar externe partijen is het belangrijk een realistisch beeld te schetsen van de zorgpraktijk zodat ook de inspectie en zorgkantoren weten wat zich afspeelt op zorglocaties en hoe zorgmedewerkers soms afwegingen moeten maken tussen veilige, goede zorg en de eigen regie van de cliënt. Deze verhalen kunnen ook meer duiding geven aan de aangeleverde meetgegevens. De externe verantwoordingspartijen krijgen een realistisch beeld over de kwaliteit van zorg en de mogelijke verbeterpunten van de zorgorganisatie, waardoor toezicht houden op basis van vertrouwen gemakkelijker wordt.

### Manieren om op de hoogte te komen van de kwaliteit van zorg

Omdat kwaliteit door zorgbestuurders wordt gezien als een samenspel tussen zorgverlener en cliënt is het voor zorgbestuurders, die zich op afstand bevinden van dat primaire proces, belangrijk om zich op verschillende manieren van informatie te voorzien over de kwaliteit van zorg. Bestuurders geven aan op de hoogte te komen over de kwaliteit van zorg op verschillende manieren met gebruik van informatiebronnen zoals: indicatoren over kwaliteit, regelmatige gesprekken met zorgmanagers en zorgmedewerkers, gegevens over klachten, incidenten en calamiteiten en auditresultaten om zich een compleet te vormen over de kwaliteit van zorg. Ook lopen zij regelmatig mee in het primair zorgproces, zoals het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg voorschrijft.

Respondent T: *“Over de afdeling kan lopen, even een gesprekje met mensen, met cliënten in gesprek, en dan voel en zie je gewoon al heel veel”*

Zorgbestuurders vertellen dat zij de informatie uit het meelopen in de zorgpraktijk gebruiken als een soort van thermometer voor de kwaliteit van zorg en om binding te houden met zorgmedewerkers en dat zij ervaren dat dit gewaardeerd wordt door zorgmedewerkers. Alleen het meelopen met zorgmedewerkers is echter niet voldoende om een totaalbeeld te kunnen vormen over de kwaliteit van zorg in hun organisatie, simpelweg alleen al omdat de frequentie van het meelopen betekent dat zij maar een klein gedeelte van de zorg op een beperkt aantal locaties kunnen observeren. Zij gebruiken de informatie die zij ophalen uit het meelopen daarom niet als hard meetinstrument, maar meer als ‘soft signal’, die een indicatie geeft aan de bestuurder over de kwaliteit van zorg.

Om op de hoogte te komen van de kwaliteit van zorg proberen bestuurders benaderbaar te zijn voor medewerkers. Door gesprekken met zorgmedewerkers, maar ook bijvoorbeeld zorgmanagers, cliëntenraadsleden en behandelaars zorgen zij dat zij informatie krijgen over de kwaliteit van zorg en kunnen acteren als er problemen zijn met de kwaliteit van zorg. De mate waarin zorgbestuurders hierin zelf actief optreden verschilt, waar de ene bestuurder vrij dicht in het zorgproces bij de zorgteams intervenieert, laat de andere bestuurder dit over aan bijvoorbeeld de teamleider of locatiemanager, dat hangt ook af van de wijze waarop de organisatie is georganiseerd. In een platte organisatie met weinig managementlagen hebben bestuurders gesprekken met zorgteams over de kwaliteit van zorg, in organisaties met meer managementlagen voeren bestuurders regelmatig gesprekken met teamleiders/locatiemanagers waarin de kwaliteit van zorg een vast besprekspunt is.

Respondent T: *“En dan is voor mij de kunst van oké, ik zie dat jij audits hebt gehad. Vertel eens, wat zijn nou de aandachtspunten en hoe ben je daarmee bezig op je locatie? Ja, dus dat is hoe ik probeer erachter te komen van hoe het dan gaat op zo’n locatie”*

Veel respondenten benoemen dat zij toewerken naar een minder hiërarchisch organisatie-model waarbij zorgprofessionals meer regie krijgen over hun eigen werk. Zorgbestuurders proberen de afstand tussen zorgverlener en management/directie te verkleinen.

### De rol van de zorgbestuurder bij kwaliteit van zorg

Uit de gehouden interviews blijkt dat sommige zorgbestuurders zich op een dusdanige afstand van het zorgproces bevinden dat zij moeite moeten doen om op de hoogte te komen van de daadwerkelijke kwaliteit van zorg die geleverd wordt in hun organisatie.

Respondent R: *“Toen wij nog niet de directeur ertussen hadden had ik veel directer, veel natuurlijker contact met de zorg dan nu het geval is. Nu is het ingewikkelder”*

De grootte van de organisatie, hun positie als zorgbestuurder en de organisatiestructuur kunnen ervoor zorgen dat bestuurders soms het gevoel hebben minder direct contact te hebben met zorgmedewerkers en minder goed te weten wat er precies speelt in de dagelijkse praktijk.

#### Belemmerde factoren

Hiërarchie wordt door bestuurders benoemd als belemmerende factor voor zorgprofessionals om zelf meer regie over hun werk te kunnen nemen. Hiërarchie kan ervoor zorgen dat medewerkers het gevoel krijgen weinig tot geen invloed te hebben op het beleid van de organisatie en hun eigen werkzaamheden, waardoor zij in een zogenoemde 'uitvoeringsmodus' terecht komen, waarin ze vooral uitvoeren wat door anderen bedacht is en weinig regie over hun eigen werk hebben.

*Respondent R: "behoorlijk sterke hiërarchie. En dan zie je dat hoe verder weg van waar eigenlijk de opdrachten worden gegeven mensen in een uitvoeringsmodus schieten zonder het gevoel te hebben dat ze daar zelf ook nog heel veel aan kunnen doen"*

Bij een sterk hiërarchische, gelaagde organisatiestructuur is er minder ruimte voor gesprekken tussen zorgprofessionals en management/directie over wat goede kwaliteit van zorg is, de dilemma's die zij daarin tegenkomen en welke keuzes zij hierbij soms moeten maken. Bestuurders vertellen dat zij, door hun organisatie anders in te richten, minder hiërarchisch en met meer regie voor zorgprofessionals, ervaren dat zij betere verbinding hebben met zorgmedewerkers en daardoor ook meer begrip hebben voor het werk van zorgmedewerkers.

#### Verantwoording van kwaliteit van zorg

##### Externe verantwoording

Als het gaat om het verantwoorden van de kwaliteit van zorg aan externe verantwoordingspartijen zoals zorgkantoren, de inspectie, de Nza en Zorginstituut Nederland geven zorgbestuurders aan dat zij vinden dat sommige van die gegevens, die vaak kwantitatief uitgevraagd worden, geen realistisch beeld geven over de kwaliteit van zorg, een administratieve belasting vormen voor zorgmedewerkers en onvoldoende bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg. Met name het aanleveren van de indicatoren basisveiligheid wordt genoemd als een onderdeel waarbij te weinig duiding kan worden gegeven aan de aan te leveren gegevens.

*Respondent Z: "Zodra je die informatie van teamniveau gaat aggregeren, verlies je heel veel informatie"*

Bestuurders geven aan dat de gegevens, door ze te moeten aan te leveren op organisatieniveau in plaats van op teamniveau niet meer herkenbaar zijn voor zorgmedewerkers en er geen gerichte verbeteracties aan verbonden kunnen worden. Bestuurders proberen, door de inzet van bijvoorbeeld een elektronisch cliëntendossier dat kwaliteitsinformatie weergeeft op teamniveau of cliëntniveau, de uitkomsten dichterbij de zorgmedewerkers te brengen, zodat zij kunnen leren en verbeteren op basis van die gegevens.

*Respondent P: "ik ben altijd op zoek naar hoe die gegevens dichterbij die zorgprofessionals te brengen, zodat zij er direct iets mee kunnen"*

In het interview met respondent Z2 vertelde zij dat ze de keuze voor de te meten indicatoren bevestigd heeft bij de verpleegkundigen in haar organisatie en dat zij samen bepalen welke indicatoren bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg.

*Respondent Z2: "we hebben altijd gezegd: voor welke indicatoren maken wij ons hard? En er is een tijd geweest dat we twaalf indicatoren hadden. En later mochten we zelf kiezen. Maar*

*eigenlijk bij de twaalf indicatoren kozen we zelf ook al. En zeiden we ook: nou, dit is wel te doen, dit is niet te doen. En we hebben altijd geprobeerd om dat te beredeneren”*

De keuze om de te meten indicatoren te beleggen bij zorgmedewerkers en hen hierover de regie te geven draagt bij aan een zinvolle verantwoording van kwaliteit van zorg, zorgmedewerkers hebben meer regie over de aan te leveren gegevens en kunnen meten en verantwoorden wat zij zinvol achten.

Bestuurders vertellen dat zij door meer regie te geven aan zorgmedewerkers hen willen stimuleren om zelf na te denken over zinvolle meetgegevens. Zij ervaren dat zorgmedewerkers dan (meet)gegevens over de kwaliteit van zorg beter gebruiken om er verbeteracties aan te verbinden die de kwaliteit van zorg bevorderen.

*Respondent Z2: “Wat ik probeer te doen, is dat als wij dingen opgelegd krijgen, met medewerkers in gesprek te gaan en te zeggen: ik vind dat geen verplichting. Als wij een goede redenatie hebben om het niet te doen, gaan we het niet doen. Maar laten we nou eens kijken wat ze van ons vragen en we de opgave gebruiken om te kijken: hebben wij eigenlijk blinde vlekken?”*

Bovenstaand citaat laat zien dat de betreffende bestuurder de verantwoordingseisen bespreekt met zorgmedewerkers en er betekenis aan probeert te geven samen met zorgmedewerkers, wat kunnen wij er van leren? Daardoor stimuleert zij zinvolle verantwoording van de kwaliteit van zorg.

#### *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*

Over de komst van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg zijn zorgbestuurders overwegend positief. Zij geven aan dat het hun organisatie houvast geeft over hoe er in de organisatie gewerkt wordt aan de verbetering van kwaliteit van zorg. Het geeft hen, als zorgbestuurders, meer overzicht over de kwaliteit van zorg en hoe er samengewerkt wordt in hun organisatie aan kwaliteit.

*Respondent R: “En die kwaliteitsplannen zijn wel prettig, zeker als je zeventien locaties hebt, om laten we zeggen een soort afsprakenboek te hebben waarin wat afspraken staan met betrekking tot wat geef je prioriteit, op welke manier doe je dat”*

Bestuurders vertellen in de interviews dat het onderwerp kwaliteit van zorg soms als het ware is ‘losgeraakt’ van de zorgmedewerkers. Door het inrichten van kwaliteitsmedewerkers in stafdiensten ervaren zorgmedewerkers kwaliteit van zorg als een losstaand iets, als ‘iets’ van de afdeling kwaliteit en niet als onderdeel van hun dagelijks werk.

*Respondent R: “omdat het ons nog niet gelukt is om iedereen zo ver te krijgen dat ‘ie eigenaar is van het stuk zorg dat men geeft en ook daarin de ruimte krijgt om dat te doen. Het is ook best een hele opgave om dat voor elkaar te krijgen, ook gewoon in het gedrag van iedereen”*

Bovenstaand citaat maakt duidelijk dat zorgmedewerkers zich nog niet altijd volledig eigenaar voelen van het onderwerp kwaliteit en ook nog niet altijd de ruimte krijgen om die regie te nemen. Deze bestuurder vertelt in het interview dat hij dat ook best een lastige opgave vindt in om dit te realiseren in zijn organisatie.

Zorgbestuurders vertellen dat het kwaliteitsplan (als onderdeel van het kwaliteitskader) er voor gezorgd heeft dat het gesprek over goede kwaliteit van zorg meer aandacht heeft gekregen in hun organisatie, maar ook in de gesprekken met externe verantwoordingspartijen. Zo zijn er nu jaarlijkse kwaliteitsgesprekken met het zorgkantoor, die gaan over het kwaliteitsplan dat is opgesteld aan de

hand van de thema's uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Deze gesprekken gaan nadrukkelijk over kwaliteit van zorg, waar voorheen meer de nadruk lag op verantwoording en financiën, dan op kwaliteit van zorg.

*Observatie 3: bij een kwaliteitsgesprek tussen zorgbestuurder, kwaliteitsmedewerker zorgkantoor en kwaliteitsmedewerker van organisatie van de aanwezige zorgbestuurder.*

*De kwaliteitsmedewerker van het zorgkantoor stelt veel inhoudelijke vragen over de kwaliteit van zorg. Over het voorkomen van decubitus, over valincidenten en over methodisch werken. De bestuurder geeft samen met de kwaliteitsmedewerker antwoord op de vragen. Voorbeelden uit de praktijk worden niet besproken.*

*Het valt mij op dat er geen zorgmedewerker aanwezig is tijdens dit kwaliteitsgesprek, terwijl het gaat over de zorg die zorgmedewerkers leveren.*

*Na afloop van het gesprek vroeg ik aan de bestuurder waarom er geen zorgmedewerker aanwezig was tijdens dit gesprek, de bestuurder gaf aan dat dit niet gebruikelijk is tijdens deze gesprekken. De medewerker van het zorgkantoor geeft aan dat dit inderdaad nog niet vaak voorkomt, maar zeker wel wenselijk zou zijn, vanuit het zorgkantoor.*

In de interviews geven bestuurders aan dat zij zoeken naar manieren van zinvolle verantwoording, die dicht bij de zorgmedewerker staan. Deze observatie maakt duidelijk dat het betrekken van zorgmedewerkers bij de daadwerkelijke verantwoordingsgesprekken nog niet altijd gebruikelijk is, ook is zichtbaar en voelbaar dat in de gesprekken met een externe verantwoordingspartij als het zorgkantoor het gesprek minder 'de diepte ingaat' en dat er minder dilemma's worden besproken. Zorgbestuurders vertellen in interviews dat de vertrouwensrelatie tussen de inspectie en zorgbestuurders de laatste jaren is toegenomen, omdat zij een kanteling merken in het toezicht door de inspectie, waarbij er meer ruimte ontstaan is voor leren en verbeteren. Over de relatie met zorgkantoren zeggen bestuurders dat zij merken dat er in de contacten meer nadruk is komen te liggen op kwaliteit van zorg, maar dat dit bij de (financiële) verantwoording nog niet altijd voelbaar is. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat zorgbestuurders nog niet altijd zorgmedewerkers zelf het verhaal laten doen bij verantwoordingsgesprekken of zelf moeilijke dilemma's tussen goede, veilige zorg en wat de cliënt wil bespreken tijdens dit soort kwaliteitsgesprekken. Wellicht is men bang voor financiële consequenties of negatieve beeldvorming over de kwaliteit van zorg in hun organisatie.

#### *IGJ*

De ervaring van zorgbestuurders met de IGJ is over het algemeen positief en zij geven aan dat met name de laatste jaren er een merkbare verschuiving in het toezicht door de IGJ heeft plaatsgevonden, zij ervaren het als positief dat de IGJ meer tijd besteedt aan het bezoeken van zorglocaties, om zich daarmee een realistisch beeld te vormen over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg.

*Respondent P: "ik denk dat de inspectie zelf een enorme slag heeft gemaakt in het anders verantwoorden"*

Bestuurders geven aan dat zij in de afgelopen jaren gemerkt hebben dat de IGJ op een andere manier toezicht is gaan houden. Waar er voorheen, volgens bestuurders, veel strikter op normen voor veilige en verantwoorde zorg werd gecontroleerd vanuit een enkelzijdig perspectief, met name vanuit dossiercontroles en naar aanleiding van incidenten en calamiteiten is er nu een verschuiving in het toezicht merkbaar.

Respondent P: *“was het eerder nog of je deed het goed, of je deed het fout, dat is nog niet eens zo heel lang geleden. En het moest ook 100% goed, als je één kleine norm niet goed had, dan ging je ook meteen pats, naar de onderkant. Nu werken zij met andere methodes en schalen, veel meer ruimte voor verbetering”*

De inspectie houdt merkbaar meer rekening met de complexe zorgpraktijk, er is meer ruimte voor een narratieve benadering van kwaliteit en inspecteurs bezoeken regelmatig locaties, waar naast dossiercontroles ook observaties uitgevoerd worden, om zich daarmee een compleet beeld te vormen van de kwaliteit. Bestuurders ervaren dit als zeer positief.

Respondent Z: *“eerder was het meer een soort van politietoezicht, je deed het goed of je deed het fout. Nu is er meer ruimte voor het gesprek en ruimte voor verbetering”*

De respondenten geven aan dat zij het liefste zouden zien dat de verantwoordingspartijen vaker het gesprek zouden aangaan met zorgmedewerkers, cliënten en familie over de kwaliteit van zorg, niet alleen de inspectie, maar ook bijvoorbeeld zorgkantoren.

#### *Verantwoording naar Zorgkantoren*

Over de contacten met zorgkantoren vertellen bestuurders dat zij hierin een kanteling hebben waargenomen en dat er een betere balans is ontstaan tussen financiën en kwaliteit van zorg in de verantwoordingsgesprekken.

Respondent P: *“Zorgkantoor heb ik hier voor het eerst mee om tafel gezeten. En ik moet heel eerlijk zeggen, ik vond dat een heel mooi gesprek, dat ben ik vanuit het verleden ook gewend in andere organisaties dat zorgkantoren, maar ook zorgverzekeraars dat dat toch gewoon wel over inhoud gaat”*

In de verantwoording over de kwaliteit van zorg (en de financiering) naar zorgkantoren geven bestuurders aan dat zij behoefte hebben aan meer vertrouwen in de zorgprofessional en meer eigen regie op de aan te leveren verantwoording van de kwaliteit van zorg. Bestuurders vinden dat er veel moet worden vastgelegd ter controle door zorgkantoren, zij zouden graag willen dat de relatie tussen zorgkantoren en zorgorganisaties meer gebaseerd zou zijn op vertrouwen, dan op wantrouwen.

Respondent P: *“We zouden het vertrouwen moeten krijgen van een zorgkantoor dat we kunnen zeggen: wij zetten deze methodieken in dan mogen ze komen kijken of we dat ook daadwerkelijk doen en dat willen we ook best laten zien en aantonen”*

Bij systeemtoezicht wordt door de externe verantwoordingspartij met name toezicht gehouden op de werking van het interne kwaliteitssysteem van een zorgorganisatie, dit zou een manier kunnen zijn voor zorgkantoren om zodoende meer vanuit vertrouwen toezicht te kunnen houden. De IGI heeft in 2013 een pilot met systeemtoezicht afgerond, waarbij geconcludeerd werd dat systeemtoezicht een instrument biedt aan toezichthouders om zorgaanbieders te spreken over patiëntveiligheid, kwaliteit structureel en systematisch te borgen en inzicht levert in de mate van risicobeheersing door de instelling zelf. Dit maakt dat de aandacht van de inspectie zich kan richten op instellingen waar patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg onder de maat zijn (AWTtoezicht 2015).

#### *De rol van zorgmedewerkers bij verantwoording*

Bestuurders zouden graag willen dat zorgmedewerkers zelf meer invloed zouden kunnen uitoefenen op de aan te leveren gegevens, waarbij de intrinsieke motivatie om aan te willen tonen dat er goede kwaliteit van zorg wordt geleverd meer wordt aangesproken. Bestuurders geven aan dat zij willen dat zorgmedewerkers meer regie (kunnen) nemen over de verantwoording van de kwaliteit van hun werk en trots zijn op de kwaliteit van hun werk.

*Respondent Z: "van de zorgprofessional, die is trots op zijn werk, die wil laten zien hoe goed hij het doet. Die bepaalt dus wat hij verantwoord"*

Bestuurders vertellen dat zij meer handelingsruimte en verantwoordelijkheid beleggen bij zorgmedewerkers om zodoende te stimuleren dat zorgmedewerkers meer regie nemen over hun eigen werk, meer vrijheid hebben om te kunnen handelen volgens hun normen voor goede kwaliteit van zorg.

*Respondent Z2: "we zetten heel erg in op verpleegkundig leiderschap, het gaat er allemaal over dat je mensen helpt zich te ontwikkelen in hun professionaliteit. Dat ze gaan begrijpen dat het niet zozeer om de organisatie gaat, maar om hen"*

Zorgbestuurders zouden willen dat zorgmedewerkers de kwaliteit van zorg zouden mogen verantwoorden op een voor hun passende manier en zij zien het als hun taak om in gesprek te gaan met verantwoordingspartijen om meer ruimte voor zinvolle verantwoording te creëren.

#### *Interne regelgeving en verantwoording*

Zorgbestuurders geven in de interviews aan dat in hun eigen organisaties allerlei vormen van interpretaties van regelgeving ontstaan zijn, die niet opgelegd wordt door externe partijen, maar intern in stand gehouden worden. Vaak weet niemand meer precies waarom deze regels bestaan en door wie ze zijn opgelegd.

*Respondent T: "Dus administratieve last, ja, is er natuurlijk, maar heel veel doen ook verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Ik denk weleens, er zit ook heel veel in hoofden van mensen"*

*Observatie 4: in een vergadering met de Raad van Bestuur, een kwaliteitsmedewerker van het Zorgkantoor, een verzorgende en een verpleegkundige komt het thema interne regels ter tafel:*

*De verzorgende vertelt dat zij heel veel tijd kwijt is aan het laten ondertekenen van het zorgplan door cliënten. Dat cliënten niet snappen waarom ze dat na elke evaluatie moeten doen en dat sommige cliënten niet in staat zijn (fysiek of geestelijk) om een handtekening te zetten.*

*De medewerker van het zorgkantoor kijkt verbaasd: "maar waarom moet de cliënt het plan ondertekenen?". De verzorgende zegt: "dat moet toch van jullie?".*

*Vervolgens vertelt de medewerker van het zorgkantoor dat het de bedoeling is dat het zorgplan is opgesteld samen met de cliënt en ook geëvalueerd wordt met de cliënt, dat dit aantoonbaar moet zijn, maar dat dit ook op een andere manier mag en kan dan met een handtekening van de cliënt.*

*De zorgmedewerker kijkt opgelucht en zegt: "dat gaat veel tijd schelen zeg".*

Bovenstaande observatie maakt duidelijk dat zorgorganisaties manieren bedenken om aan te tonen dat zij aan regelgeving voldoen en daarbij soms onnodige complexe en tijdrovende oplossingen verzinnen, waarvan op den duur niemand meer weet hoe dit zo is ontstaan en ook niemand meer nadenkt over een simpeler oplossing. Daarom is het zo belangrijk dat zorgmedewerkers dit soort voorbeelden kunnen bespreken in hun organisatie en tijdens verantwoordingsgesprekken. Bij dit gesprek heeft de zorgbestuurder de bewuste keuze gemaakt om een verpleegkundige en verzorgende mee te nemen en hen het verhaal te laten vertellen.

Zorgbestuurders vertellen in de interviews dat zij proberen deze ongewenste bureaucratie terug te dringen en hiervoor bijvoorbeeld de 'schrapsessies' georganiseerd door Vilans te gebruiken. Zij vertellen ook dat het heel lastig is om interne bureaucratie en overbodige regelgeving op te sporen, omdat medewerkers het soms ook niet meer herkennen als dusdanig, zij vinden het normaal geworden.

#### *De rol van de zorgbestuurder bij de verantwoording van kwaliteit van zorg*

Zorgbestuurders vertellen tijdens de interviews dat zij vinden dat zij in hun rol als bestuurder soms ook de discussie moeten aangaan over de nut en noodzaak van de aan te leveren gegevens met externe verantwoordingspartijen.

*Respondent Z: "Wij zijn de discussie op inhoud aangegaan rondom de basisindicatoren. Dus wij hebben dat niet aangeleverd"*

Deze respondent vond dat de uitvraag van basisindicatoren veiligheid een te grote administratieve belasting vormde, te weinig opleverde voor zorgmedewerkers en cliënten en niet goed aansloten op de zorgpraktijk.

*Respondent Z: "En wat nu ook gebeurd is, dankzij ons onderzoek, dat er nu een stuk minder indicatoren gekomen zijn. En dat dat je er drie zelf mag kiezen die passend zijn bij jouw organisatie. Dus we zien zo langzamerhand toch dat onze actie wel effect heeft gehad"*

De respondent heeft geweigerd de indicatoren basisveiligheid aan te leveren, daarna heeft de organisatie in samenwerking met de beroepsverenigingen van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en verzorgenden en een universiteit een rapport op laten stellen over welke indicatoren teams zouden kunnen ondersteunen in hun werk. Deze kritische opstelling van een aantal 'dwarse' bestuurders heeft er toe geleid dat er landelijk nu minder indicatoren hoeven te worden aangeleverd door zorgorganisaties en dat zij een keuze kunnen maken uit meerdere indicatoren, welke zij graag willen meten en aanleveren. Zorgbestuurders die hun organisatie minder hiërarchisch hebben ingericht en meer regie bij de zorgprofessionals hebben belegd lijken zich vaker te verzetten tegen de verantwoordingseisen, wellicht is dit te verklaren doordat zij zich dicht bij het werk van de zorgprofessional bevinden en meer inzicht hebben in en begrip hebben voor de belasting die de verantwoordingseisen vormen voor zorgmedewerkers.

#### *Cultuur van leren en verbeteren*

In de interviews vertellen bestuurders dat zij werken aan een cultuur van leren en verbeteren, waar medewerkers meer ruimte krijgen om te komen met verbeterplannen en meer regie krijgen op hun eigen werk.

*Respondent R: "Ook het stimuleren van leren en verbeteren, want als je de ruimte krijgt van hé maar dat zien wij als een heel waardevol idee en we zien ook dat het van toegevoegde waarde is voor de cliënt, dus we (organisatie) gaan er wat mee doen"*

Bovenstaand citaat geeft weer hoe de bestuurder meer ruimte en inspraak organiseert voor goede initiatieven vanuit de zorg, die bijdragen aan kwaliteit van leven voor de cliënt.

*Respondent Z: "En een cultuur van leren en verbeteren te bevorderen, we proberen het gesprek, de dialoog aan te gaan. En medewerkers te laten nadenken waarom ze bepaalde dingen doen"*

Bestuurder Z laat in bovenstaand citaat zien dat er meer inhoudelijke gesprekken plaatsvinden tussen zorgbestuurders, zorgmanagers en zorgmedewerkers over kwaliteit van zorg en dat er samen kritisch gekeken wordt naar wat van toegevoegde waarde is voor de cliënt.

*Respondent P: “wij stimuleren een cultuur van veilig melden van incidenten, geen cultuur van blame and shame. Het gaat niet om de schuldvraag, maar om wat we de volgende keer beter kunnen doen”*

Door veilig melden van incidenten te bevorderen, medewerkers meer ruimte te geven voor verbeterideeën en te investeren in scholing en kennisbevordering stimuleren bestuurders kwaliteitsverbetering.

Bestuurder Z2 vertelt in het interview dat zij bij alle verantwoordingseisen in gesprek gaat met zorgmedewerkers en dat zij samen bepalen wat zij zinnige verantwoording vinden.

*Respondent Z2: wij gaan daar altijd het gesprek over voeren. En het kan zijn dat wij besluiten om niet mee te doen. Maar dan moet dat wel beargumenteerd kunnen worden. En dan ga ik dat ook met de Cliëntenraad en de Raad van Toezicht bespreken, want dan neem je wel een positie in. We stellen daarbij altijd de vraag: wordt de klant er beter van, want al de tijd die je besteedt aan al die andere dingen, kan je in feite niet aan de klant besteden.*

Uit de interviews blijkt dat zorgbestuurders kritisch kijken naar de verantwoordingseisen, medewerkers betrekken bij de te maken keuzes en zich soms ook verzetten tegen de aan te leveren gegevens, als zij vinden dat het niet bijdraagt aan kwaliteitsverbetering en een te grote administratieve belasting is voor zorgmedewerkers. Zij zien het als hun taak om de verbinding te maken tussen wat zorgmedewerkers, cliënten, externe verantwoordingspartijen en de Raad van Toezicht nodig hebben.

### Tussenconclusie empirisch onderzoek

Uit de interviews en observaties blijkt dat de dilemma's die zich afspelen bij goede en veilige zorg niet altijd zichtbaar zijn voor zorgbestuurders, die zich op afstand bevinden van het zorgproces. Deze dilemma's gaan vaak over het spanningsveld tussen goede en veilige zorg en de wens van de cliënt en wat hij/zij ervaart als een goede kwaliteit van leven. Om op de hoogte te komen van deze situaties is het belangrijk dat zorgbestuurders in nauwe verbinding staan met zorgmedewerkers, waarbij er een vertrouwensband moet zijn tussen zorgbestuurder en medewerker om over deze precare situaties te praten met elkaar.

Bij de verantwoording van kwaliteit van zorg naar externe partijen vertellen zorgbestuurders dat zij het belangrijk vinden dat er een realistisch beeld geschetst wordt van de zorgpraktijk, in de praktijk blijkt dat zorgbestuurders dit soms wel en soms niet doen, ook is het nog niet altijd gebruikelijk om bijvoorbeeld tijdens verantwoordingsgesprekken zorgmedewerkers zelf het verhaal te laten vertellen over hun werk.

Een aantal bestuurders geeft aan zich te verzetten tegen de aanlevering van sommige kwaliteitsgegevens, omdat deze een te grote administratieve belasting vormen en onvoldoende bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Deze opstelling boekt resultaat en leidt tot een afname van de aan te leveren gegevens. Zorgbestuurders zien het als hun rol om soms ook de discussie aan te gaan met externe verantwoordingspartijen over de aan te leveren kwaliteitsgegevens. Uit dit onderzoek blijkt dat het verzetten tegen de verantwoordingseisen voornamelijk leidt tot een vermindering van het aantal gegevens dat aangeleverd moet worden, niet zozeer een fundamenteel inhoudelijk andere wijze van verantwoorden.

Het is opvallend dat tijdens de interviews bestuurders aangeven dat zij zoeken naar manieren van zinvolle verantwoording, die dicht bij de zorgmedewerker staan, maar dat het betrekken van zorgmedewerkers bij de verantwoordingsgesprekken nog niet altijd gebruikelijk is. Wat verder opvalt is dat kwaliteit van zorg door bestuurders wordt beschouwd als een ervaringsbegrip van de cliënt. Om op de hoogte te komen van de kwaliteit van zorg vertellen bestuurders dat zij met name gebruik maken van gegevens over de objectieve kwaliteit door middel van meetgegevens en deels door gegevens over de subjectieve kwaliteit, door middel van bijvoorbeeld cliënttevredenheidsonderzoeken. Kwaliteitsinformatie over de intersubjectieve dimensie, die bij uitstek gaat over de relatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt wordt door bestuurders in de interviews niet benoemd, terwijl deze informatie juist cruciaal lijkt als kwaliteit van zorg beschouwd wordt als ervaringsbegrip van de cliënt. Door het samenbrengen van informatie over de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg kan de zorgbestuurders zich een compleet, meervoudig beeld vormen over de kwaliteit van zorg.

## Hoofdstuk 5 Discussie

In deze paragraaf worden de resultaten van dit onderzoek in een breder perspectief geplaatst. In hoofdstuk 6 zal verder ingegaan worden op de beperkingen van het onderzoek (reflectie).

### Doelstelling

Het doel van dit onderzoek was het verkennen van hoe zorgbestuurders in hun dagelijkse praktijk zoeken naar andere, meer zinvolle, manieren van omgaan met verantwoording van de kwaliteit van zorg. In de gebruikte literatuur werd over de kernbegrippen: *kwaliteit van zorg*, *verantwoording van kwaliteit van zorg* en *zorgbesturing* veel geschreven, over de onderlinge relatie tussen deze begrippen en op welke wijze verantwoording kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering werd minder gevonden. Gaandeweg dit onderzoek kregen de kernbegrippen meer relatie met elkaar, door de theorie en de empirie met elkaar te verbinden. Opvallend daarbij was dat zorgbestuurders tijdens de interviews benadrukten meer regie bij de zorgprofessionals te beleggen, maar dat bij de observaties bij een kwaliteitsgesprek met het zorgkantoor geen zorgmedewerkers aanwezig waren. Het is dan ook de vraag of, als het gaat om verantwoording van kwaliteit van zorg waarbij er een reëel risico bestaat op imagoschade of financiële consequenties bestuurders het risico durven nemen om situaties uit de zorgpraktijk te bespreken. Het risico op imagoschade is reëel, dit bleek maar weer tijdens het wereldwijd uitbreken van het Covid-19 virus, waardoor er een bezoekverbod voor verpleeghuizen werd ingesteld en er veel cliënten en medewerkers besmet raakten met dit virus. Dit wakkerde de discussie over kwaliteit van leven in relatie tot veiligheid weer aan. In de media werd breed uitgemeten dat in een verpleeghuis in Rotterdam de helft van de cliënten overleed en dat de inspectie daarop een onderzoek zou instellen. Anne-Mei The, hoogleraar langdurige zorg en dementie, schreef hierover: Ik pleit ervoor om bij al deze vragen goed te kijken naar de dagelijkse realiteit van verpleeghuizen en het belang van de mensen die er wonen. Dat is een werkelijkheid die ook zonder virus door buitenstaanders niet altijd wordt begrepen. In het verpleeghuis wonen mensen in de laatste levensfase. Het gaat daarin meer om de kwaliteit, dan om de lengte van het leven (A. The 2020). Het onderwerp kwaliteit van zorg in relatie tot veiligheid en betaalbaarheid van zorg zal altijd een onderwerp van gesprek blijven en waar er soms meer ruimte ontstaat om het vooral te hebben over kwaliteit van leven, lijken in tijden van crisis met name veiligheid (en betaalbaarheid) de boventoon te voeren in het maatschappelijke debat.

### Relevantie

Bij dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van sensitizing concepts, de richtinggevende begrippen voor dit kwalitatieve onderzoek waren: *kwaliteit van zorg*, *verantwoording van kwaliteit van zorg* en *zorgbesturing*. In de wetenschappelijke literatuur is over de afzonderlijke begrippen veel informatie te vinden, over de relatie tussen de begrippen en de wereld die daar achter schuilgaat is weinig beschreven, daarom heb ik naast literatuuronderzoek gekozen voor interviews en observaties om zodoende de horen en ervaren hoe bestuurders zoeken naar andere manieren van verantwoording van de kwaliteit van zorg en wat dit van hen vraagt.

In dit onderzoek is specifiek gekeken naar de rol van de zorgbestuurder bij de verantwoording van kwaliteit van zorg. Om ervoor te zorgen dat verantwoording van kwaliteit van zorg niet slechts een verantwoording is, maar meer gericht wordt op leren en verbeteren vraagt dit iets van de competenties van zorgbestuurders. Bestuurders hebben in dit onderzoek laten zien op welke wijze zij investeren in een cultuur van leren en verbeteren, meer regie geven aan zorgmedewerkers op de aan te leveren gegevens en steeds meer vertrouwen in het vakmanschap van zorgprofessionals. In dit onderzoek verwachtte ik een beeld te krijgen van hoe bestuurders zoeken naar manieren van verantwoorden van kwaliteit van zorg en dat is ook gebeurd. Ik verwachtte dat zorgbestuurders wellicht remmingen zouden ervaren om hun dilemma's of voorbeelden met mij te bespreken, als onbekende, dit bleek niet het geval.

## Hoofdstuk 6 Reflectie, conclusie en aanbevelingen

*Kwaliteit van zorg is je telkens afvragen wat kwaliteit van zorg is.<sup>2</sup>*

Alvorens over te gaan tot de conclusies wil ik de lezer meenemen in de beperkingen van dit onderzoek en een uitleg geven over de generaliseerbaarheid van dit onderzoek.

### *Reflectie; beperkingen van dit onderzoek*

Dit onderzoek kent zijn beperkingen, dit heeft te maken met drie aspecten: de geselecteerde bestuurders, de beperkte looptijd van dit onderzoek en de dataverzameling.

Bij de *selectie van zorgbestuurders* voor de interviews heb ik gebruik gemaakt van mijn netwerk om zodoende, gezien de beperkte looptijd van dit onderzoek, beschikbare bestuurders uit te nodigen voor de interviews. Het is de vraag of, bij een selectie op basis van andere criteria dan beschikbaarheid, deze interviews tot andere resultaten geleid zouden hebben. Daartegenover staat echter dat de geïnterviewde bestuurders representatief zijn voor de groep bestuurders in de ouderenzorg in Nederland, ik heb bewust gekozen voor zorgbestuurders uit heel Nederland, die bij organisaties werken van verschillende grootte, van verschillende leeftijden en geslacht, om zodoende een zo representatief mogelijke groep samen te stellen. Hun uitspraken zullen hoogstwaarschijnlijk generaliseerbaar zijn, dit kan echter alleen met zekerheid gezegd worden door zorgbestuurders zelf, die door het lezen van de thick descriptions (rijke beschrijvingen) zullen moeten bepalen of de conclusies volgens hen generaliseerbaar zijn (hermeneutische generaliseerbaarheid).

Een andere beperking was de *relatief korte looptijd* (5 maanden) van dit onderzoek, waardoor er geen daadwerkelijke verzadiging mogelijk was. Met name op het gebied van de observaties had ik langere tijd willen doorbrengen met meer zorgbestuurders om te kunnen observeren op welke wijze zij zoeken naar andere manieren van verantwoording en op welke wijze zij zich een compleet beeld vormen van de kwaliteit van zorg in hun organisatie. Toch heeft de combinatie van de documentenanalyse, de interviews en de observaties ertoe geleid dat ik me een vrij compleet beeld heb kunnen vormen en op basis daarvan valide conclusies heb kunnen trekken.

Bij de *verzameling van de data* is tijdens de interviews en observaties niet uit te sluiten dat ik vragen te sturend heb gesteld, of antwoorden en gedrag heb geïnterpreteerd vanuit een interviewer bias, waardoor een andere onderzoeker mogelijk andere conclusies zou hebben getrokken. Anderzijds is het ook mogelijk dat de geïnterviewde zorgbestuurders sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Dit is niet uit te sluiten bij kwalitatief onderzoek. Mijn beeld van de interviews en observaties is echter wel dat de zorgbestuurders oprecht en diepgaand hun ervaringen met mij gedeeld hebben, waardoor mijn conclusies na verwerking en analyse van de verkregen data, valide en generaliseerbaar zijn. Door gebrek aan tijd heb ik geen member check kunnen uitvoeren bij de respondenten, ik heb ervoor gekozen een 'peer review' te laten uitvoeren door een collega (zorgbestuurder ouderenzorg) die het onderzoek geëvalueerd heeft, haar feedback is verwerkt in deze thesis.

---

<sup>2</sup> Quote van Wilma van der Scheer tijdens MhBA college (2019)

## Vraagstelling

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt:

### **Op welke wijze kunnen zorgbestuurders in de ouderenzorg van invloed zijn op een zinvolle verantwoording van de kwaliteit van zorg in hun organisatie?**

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er deelvragen geformuleerd, waarop in dit hoofdstuk een antwoord op gegeven zal worden aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek, vervolgens wordt de centrale onderzoeksvraag beantwoord.

## 6.1 Beantwoording van de deelvragen

- A. Wat is goede kwaliteit van zorg voor ouderen en hoe kunnen zorgbestuurders zich een beeld vormen over de kwaliteit van zorg in hun organisatie?
- B. Wat is de rol van bestuurders bij verantwoording van kwaliteit van zorg?
- C. Wat vraagt zinvol verantwoorden van kwaliteit van ouderenzorg van zorgbestuurders?

### **Wat is goede kwaliteit van zorg en hoe kunnen bestuurders zich een beeld vormen over kwaliteit van zorg?**

Kwaliteit van zorg is een veelbesproken begrip en kan op veel verschillende manieren bekeken en beoordeeld worden, door verschillende partijen. Een cliënt kan de kwaliteit van zorg heel anders ervaren als een zorgverlener, de inspectie kan een andere opvatting hebben over goede kwaliteit van zorg als een familielid. Kwaliteit van zorg wordt steeds vaker, in de literatuur en door de zorgpraktijk beschreven en benaderd als een 'ervaringsbegrip' van de cliënt. Welke waarde en zin kent de cliënt toe aan de geleverde zorg, hoe draagt deze zorg bij aan diens kwaliteit van leven? In het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt omschreven dat de cliënt als mens het vertrekpunt is, het is de cliënt die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2018). Als we uitgaan van het feit dat kwaliteit van zorg per definitie een ervaringsbegrip van de cliënt is, veilig en van goede kwaliteit moet zijn en dat de zorgrelatie tussen de cliënt en de zorgverlener zo goed mogelijk moet zijn, om zodoende zo veel mogelijk bij te dragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt, dan is het voor bestuurders van belang om zoveel mogelijk verschillende informatiebronnen te gebruiken om zich een zo'n compleet mogelijk beeld te vormen over de kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat zorgbestuurders bij het vormen van een beeld over de kwaliteit van zorg in hun organisatie met name gebruik maken van gegevens over de objectieve kwaliteit door middel van meetgegevens en deels door gegevens over de subjectieve kwaliteit, door middel van bijvoorbeeld cliënttevredenheidsonderzoeken. Kwaliteitsinformatie over de intersubjectieve dimensie, die bij uitstek gaat over de relatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt wordt door bestuurders in de interviews niet benoemd, terwijl deze informatie juist cruciaal lijkt als kwaliteit van zorg beschouwd wordt als ervaringsbegrip van de cliënt. Door het samenbrengen van informatie over de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg kan de zorgbestuurder zich een compleet, meervoudig beeld vormen over de kwaliteit van zorg.

### **Wat is de rol van bestuurders bij verantwoording van kwaliteit van zorg?**

De Raad van Toezicht, Ondernemingsraad en Cliëntenraad zijn medeverantwoordelijk voor de controle op het functioneren van de Raad van Bestuur. Bij de externe controle en het toezicht op de kwaliteit van zorg zijn in Nederland meerdere partijen betrokken, zo houden onder andere de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en Zorgkantoren toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg.

In de contacten met zorgkantoren en de inspectie merken zorgbestuurders dat er een verandering gaande is in het toezicht en dat er meer ruimte komt om het verhaal achter de cijfers te kunnen

vertellen. Uit de interviews blijkt dat zorgbestuurders het belangrijk vinden om een realistisch beeld te schetsen van de zorg naar de externe verantwoordingspartijen, uit de interviews blijkt dat de relatie met de IGJ in de afgelopen jaren verbeterd is en bestuurders ervaren dat de inspectie merkbaar meer rekening houdt met de complexe zorgpraktijk en dat er meer ruimte is gekomen voor het gesprek over wat goede zorg is. Tijdens de observaties blijkt dat tijdens bijvoorbeeld kwaliteitsgesprekken met het zorgkantoor het nog niet gebruikelijk is om verzorgenden en verpleegkundigen uit te nodigen voor dit kwaliteitsgesprek, terwijl het over hun dagelijks werk gaat. Dit is te verklaren omdat bestuurders vertellen dat in de verantwoording naar zorgkantoren wel meer ruimte is gekomen voor de verhalen achter de cijfers, maar dat het financiële kader nog steeds leidend is ten opzichte van kwaliteit van zorg. Toch is het belangrijk dat bestuurders de verhalen over de dagelijks zorgpraktijk goed kennen en vertellen aan de verantwoordingspartijen, nog mooier zou het zijn als zorgmedewerkers zélf het verhaal over hun dagelijkse werk kunnen vertellen, zodat verantwoordingspartijen een realistisch beeld krijgen over wat er goed gaat in een zorgorganisatie en wat er nog beter kan, zodat toezicht houden op basis van vertrouwen in de zorgprofessionals gemakkelijker wordt.

#### Wat vraagt zinvol verantwoorden van kwaliteit van zorg van bestuurders?

Bestuurders zien kwaliteit van zorg als een samenspel tussen zorgverleners en cliënten. Doordat kwaliteit van zorg zich voornamelijk afspeelt in de relatie tussen de cliënt en de zorgmedewerker is het voor de zorgbestuurders lastig om zicht te krijgen op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg. Bestuurders vertellen over hun eigen rol bij de verantwoording van kwaliteit van zorg dat het belangrijk is dat zij een goede binding hebben met de zorgpraktijk, waardoor ze de dilemma's waar zorgmedewerkers mee te maken hebben kennen en ook kunnen delen met de bijvoorbeeld de inspectie en zorgkantoren. Veel bestuurders zijn opgeleid als verpleegkundige, arts of paramedicus en zij ervaren hun eigen zorgachtergrond als ondersteunend in hun werk als bestuurder omdat zij daardoor de zorgpraktijk goed kennen. Daarmee weten zij echter nog niet wat er daadwerkelijk gebeurt in de zorgrelatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt.

Uit de interviews blijkt dat zorgbestuurders die dichtbij de dagelijkse zorgpraktijk staan, in een minder hiërarchische organisatie waar zorgmedewerkers meer regie hebben over hun eigen werk, vaak meer contact hebben met en begrip hebben voor de zorgmedewerkers. Deze bestuurders verzetten zich vaker tegen de gestelde verantwoordingseisen omdat zij zien welke belasting dit in de praktijk oplevert voor zorgmedewerkers.

## 6.2 Beantwoording van de centrale onderzoeksvraag

### **Op welke wijze kunnen zorgbestuurders in de ouderenzorg van invloed op een zinvolle verantwoording van de kwaliteit van zorg, waarbij leren en verbeteren centraal staat?**

Uit dit onderzoek blijkt dat het zoeken naar meer zinvolle manieren van verantwoording van zorgbestuurders vraagt dat zij een realistisch beeld van de zorg laten zien aan de externe verantwoordingspartijen. Door zichzelf een compleet en meervoudig beeld te vormen over de kwaliteit van zorg kunnen zorgbestuurders een realistisch beeld laten zien van de zorgpraktijk, waar het goed gaat én waar het nog beter kan. In de beeldvorming van de bestuurders en in de verantwoordingseisen ligt de nadruk op de objectieve en subjectieve dimensie van de kwaliteit van zorg. Wat ontbreekt is onderzoek naar de intersubjectieve kwaliteit van zorg, onderzoek naar de zorgrelatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt, dit is opmerkelijk omdat zowel zorgbestuurders als externe verantwoordingspartijen kwaliteit van zorg primair beschrijven als ervaringsbegrip van de cliënt. Het toevoegen van deze derde dimensie kan bijdragen aan een realistischer beeld over de kwaliteit van zorg en bevordert leren en verbeteren in teams. Externe verantwoordingspartijen krijgen hierdoor een meervoudig beeld over de kwaliteit van zorg én de mogelijke verbeterpunten van de zorgorganisatie, waardoor toezicht houden op basis van vertrouwen gemakkelijker wordt.

#### *Aanbeveling toevoegen intersubjectieve dimensie*

*Bestuurders beschouwen kwaliteit van zorg als een ervaringsbegrip, kwaliteit van zorg is hoe de cliënt het ervaart en vindt plaats tussen medewerker en cliënt. Het is aan te bevelen om bij het onderzoeken van de kwaliteit van zorg in zorgorganisaties, onderzoek naar de zorgrelatie (intersubjectieve dimensie) toe te voegen. Omdat in de ouderenzorg nog weinig onderzoek wordt gedaan naar de kwaliteit van de zorgrelatie ben ik op zoek gegaan naar andere zorgsectoren waar men dit al wel langer doet. Ik kwam daarbij uit bij de gehandicaptenzorg, hier verzamelt men al langer informatie over deze dimensie van zorg; de intersubjectieve dimensie. Gegevens over de intersubjectieve dimensie van zorg (de zorgrelatie) bieden zowel de instelling als de professional verbeterinformatie. Als essentiële elementen in de relatie cliënt-professional worden genoemd: vertrouwen, waardering, consistentie, nakomen gemaakte afspraken, ontwikkeling/ontplooiing, respecteren, kennen, elkaar helpen, ruimte voor initiatief, eigen regie/zeggenschap cliënt, verbinding, er zijn voor de ander (VGN 2013). Het toevoegen van deze dimensie aan de overige kwaliteitsgegevens geeft de zorgbestuurder, maar voornamelijk de zorgmedewerkers nog meer handvatten om de kwaliteit van zorg te verbeteren.*

Uit dit onderzoek blijkt dat de relatie tussen zorgorganisaties en de inspectie sterk is verbeterd in de afgelopen jaren. De inspectie houdt meer rekening met de complexe zorgpraktijk en er is meer ruimte voor het gesprek over goede en veilige zorg in relatie tot de wensen van de cliënt. De relatie tussen zorgorganisaties en zorgkantoren is in ontwikkeling. Zorgbestuurders vertellen dat het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het daarbij behorende kwaliteitsplan aanleiding hebben gegeven tot het voeren van meer inhoudelijke, op kwaliteit gerichte gesprekken met zorgkantoren. Toch geven bestuurders ook aan dat zij het gevoel hebben dat uiteindelijk de financiële belangen nog vaak leidend zijn ten opzichte van kwaliteit van zorg. Dat maakt dat zorgbestuurders het niet altijd aandurven om dilemma's uit de zorgpraktijk te bespreken met zorgkantoren, waardoor toezicht houden op basis van vertrouwen voor zorgkantoren lastiger wordt.

#### *Aanbeveling werken aan vertrouwen*

*Zorgbestuurders bevinden zich een positie waarbij het belangrijk is dat zij de verschillende verantwoordingspartijen en de bijbehorende belangen proberen te begrijpen. Verbinding maken tussen de verschillende 'werelden' en werken aan wederzijds vertrouwen is belangrijk bij het vormen van de relatie tussen zorgkantoren en zorgorganisaties. Hierbij zou het contact tussen de inspectie en*

*zorgorganisaties als voorbeeld kunnen dienen, zorgbestuurders ervaren het contact met de inspectie als plezierig en steeds meer gebaseerd op vertrouwen en samenwerking.*

Uit dit onderzoek blijkt dat bestuurders zorgmedewerkers meer willen betrekken bij de verantwoording van de kwaliteit van zorg, maar dat dit in de praktijk nog niet altijd gebeurt, waardoor verantwoording op afstand blijft staan van zorgmedewerkers. Bijvoorbeeld kwaliteitsgesprekken met zorgkantoren worden doorgaans gevoerd door zorgbestuurders en stafmedewerkers, in plaats van door verzorgenden en verpleegkundigen zelf.

#### *Aanbeveling meer regie bij zorgmedewerkers*

*Uit de interviews en observaties blijkt dat zorgbestuurders die dichtbij de dagelijkse zorgpraktijk staan, in een minder hiërarchische organisatie waar zorgmedewerkers meer regie hebben over hun eigen werk, vaak meer contact hebben met en begrip hebben voor de zorgmedewerkers. Zinvol verantwoorden vraagt van zorgbestuurders dat zij zorgmedewerkers meer ruimte geven om invulling te geven aan hun eigen opvattingen over wat goede kwaliteit van zorg is. Zorgmedewerkers krijgen zo meer zeggenschap over hoe zij de kwaliteit van zorg willen en kunnen verantwoorden. Op deze manier levert de verantwoording iets op voor de cliënt en de zorgprofessional; namelijk een daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van zorg.*

## Hoofdstuk 7 Referentielijst

De Academische Werkplaats (2015). *Toezicht in 2015*. Retrieved from: [file:///H:/Downloads/JWP+AWToezicht+2015\\_tcm294-369827.pdf](file:///H:/Downloads/JWP+AWToezicht+2015_tcm294-369827.pdf)

Actiz. (2014). *Manifest Anders verantwoorden: inzichten en ankerpunten*.

Actiz. (2018). *De zorgkloof*. Retrieved from: <https://www.actiz.nl/zorgkloof>.

Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek* 2e druk. Groningen: Noordhoff uitgevers.

Beter Oud (2019). *Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie*.

Boeije, H. R. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* Boom onderwijs. Den Haag.

Bovenkamp, H.M, Stoopendaal, A.M.V, & Bal, R.A. (2017). *Working with layers: The governance and regulation of healthcare quality in an institutionally layered system*. Public Policy and Administration, 32(1), 45–65. doi:10.1177/0952076716652934

Coolen, J. (2019). *Kwaliteit van verpleeghuiszorg: wat doet ertoe voor cliënten?*

Gambetta, D. (2000). *Can We Trust Trust?* Retrieved from: <http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/gambetta213-237.pdf>

Gruneir, A., Mor, V. (2008). *Nursing Home Safety: Current Issues and Barriers to Improvement*.

Hart, W., & Buiting, M. (2012). *Verdraaide organisaties* (1e editie). Deventer: Kluwer

Hermans, H.E.G.M. en Buijsen M.A.J.M. (2006). *Recht en gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Huber M. (2014). *Towards a New, Dynamic Concept of Health*. Proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

Jerak-Zuiderent, S. (2013). *Generative accountability : Comparing with care* (Doctoral dissertation, 2013). Erasmus Universiteit.

Kennisplein Chronische zorg en Vilans (2012). *Persoonsgerichte zorg: lijf én leven*

Kuys, D. (2019). *Verpleeghuizen kun je niet benchmarken*. Retrieved from: <https://www.human.nl/lees/2019/verpleeghuizen-kun-je-niet-benchmarken.html>

Landelijke Expertisecentrum Sociale Interventie. (2015). *Verantwoording van Langdurige Zorg: kan het anders? Op zoek naar nieuwe vormen van verantwoording in de zorg*.

Masselink, R., & Nieuwenhof, R. van den (2008). *Waarderend organiseren: appreciative inquiry, co-creatie van duurzame verandering*. Nieuwerkerk aan den IJssel: Gelling Publishing.

NVTZ, (2017). *Governancecode Zorg*.

NZa *Beleidsregel - Experiment vernieuwend verantwoorden Wlz*. Retrieved from: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_290400\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_290400_22/1/)

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2019). *Blijk van vertrouwen - Anders verantwoorden voor goede zorg*.

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2001). *Advies care en cure*.

- Reinders, H. (2019). *Kwaliteit als ervaring* (1ste editie). Oud-Turnhout: Gompel & Svacina.
- Robben, P.B.M. et al. (2012). *Overheidstoezicht door de inspectie voor gezondheidszorg*. Retrieved from <https://www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2012/03/07/overheidstoezicht-door-de-inspectie-voor-de-gezondheidszorg-62>
- van der Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*.
- Stoopendaal, A.M.V. (2019). *Vruchtbaar verantwoorden: hoe observatie leidt tot leren*. Retrieved from: <https://www.qruux.com/vruchtbaar-verantwoorden-hoe-observatie-leidt-tot-leren/>
- Stoopendaal, A.M.V. Bouwmans, R. (2018). *Ruimte voor vertrouwen. De dynamiek van vertrouwen in het toezicht op zorg*.
- Stoopendaal, A.M.V. (2008). *Zorg met Afstand: Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Erasmus University Rotterdam. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/1765/13756>
- Van de Bovenkamp, Stoopendaal, Oldenhof, Van Bochove en Bal. (2017). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*.
- The, A. (2020). *Doden in verpleeghuizen: zoek niet naar schuldigen, maar richt je op kwaliteit van leven*. Retrieved from: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/04/14/doden-in-verpleeghuizen-zoek-niet-naar-schuldigen-maar-richt-je-op-kwaliteit-van-leven-a3996741>
- Tronto, J., (1993). *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*, New York, Routledge
- VGN. (2013). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0*
- VvAA. (2019). *Ontregelmonitor*. Retrieved from <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/ontregelmonitor> (geraadpleegd op 21 december 2019)
- Wet Volksgezondheid, artikel 22 lid 1. Geraadpleegd op 11 maart 2016. Retrieved from: [https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vkugbqv3xp/artikel\\_22\\_volksgezondheid\\_woonge\\_le](https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vkugbqv3xp/artikel_22_volksgezondheid_woonge_le)
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*.
- Zorginstituut Nederland. (2018). *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*.
- Zorginzicht. (2019). *Handboek kwaliteitsindicatoren 2019*.
- Zorg voor beter. Schrapsessies regeldruk. Retrieved from: <https://www.zorgvoorbeter.nl/verbeteren-ouderenzorg/verminderen-regeldruk/schrapsessies-regeldruk>

## BIJLAGEN

Bijlage 1: Topiclijst

Bijlage 2: Codeerschema

## BIJLAGE 1 Topiclijst

| <u>Topics</u>                                | <u>Voorbeeldvragen (optioneel)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Het begrip kwaliteit van zorg</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kun je vertellen wat jij verstaat onder het begrip kwaliteit van zorg?</li><li>• Hoe ben je gekomen tot deze visie op kwaliteit van zorg?</li><li>• Herkennen medewerkers zich in deze visie?</li><li>• Kun je een voorbeeld geven van hoe dit zichtbaar is in jouw organisatie in gedrag van mensen?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Verantwoording van kwaliteit van zorg</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kun je vertellen op welke wijze jouw organisatie de kwaliteit van zorg verantwoord? Intern → CCR, RvT. Extern → Zorgkantoor, IGJ, gemeenten.</li><li>• Wat is jouw mening over de verantwoording van kwaliteit van zorg?</li><li>• Vind je dat de huidige wijze van verantwoording van kwaliteit van zorg bijdraagt aan de daadwerkelijke kwaliteit van zorg? Zo ja; hoe. Zo nee; hoezo niet?</li><li>• Ben je tevreden over het huidige systeem van verantwoording en zo nee; wat zou er anders moeten? Of heb je zaken reeds anders ingericht en zo ja; hoe dan?</li></ul> |
| <b>Rol bestuurder</b>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kun je vertellen wat jouw rol is als bestuurder bij de kwaliteit van zorg?</li><li>• Hoe houd jij zicht op de kwaliteit van zorg?</li><li>• Kun je vertellen waar jij tegenaan loopt bij het zicht houden en beïnvloeden van de kwaliteit van zorg?</li><li>• Kun je een voorbeeld geven van hoe jij de kwaliteit van zorg beïnvloed of hebt beïnvloed?</li></ul>                                                                                                                                                                                                            |

## BIJLAGE 2 Codeerschema

Open coderen: fragmenten coderen (labels toekennen). Axiaal coderen: vergelijken van fragmenten met dezelfde code op verschillen en overeenkomsten.

| Labels na open coderen                                     | Aangeduid met kleur | Labels na Axiaal coderen              |
|------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Missie, visie, kernwaarden en strategie van de organisatie | Rood                | Kwaliteit van zorg                    |
| Achtergrond van de respondent                              | Paars               | Verantwoording van kwaliteit van zorg |
| Kwaliteitssystemen                                         | Oranje              | Zorgbesturing                         |
| Rol van de cliënt                                          | Bruin               | Regie bij/naar zorgprofessional       |
| Begrip kwaliteit van zorg                                  | Geel                |                                       |
| Rol van de bestuurder bij kwaliteit van zorg               | Blauw               |                                       |
| Verantwoording van kwaliteit van zorg                      | Groen               |                                       |
| Cultuur van leren en verbeteren                            | Grijs               |                                       |
| Regie bij/naar zorgprofessional                            | Lichtblauw          |                                       |